



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Yhdessä enemmän

Ikääntyneen ravitsemuksen ja sen seurannan tehostaminen ikääntyneiden hoiva-asumisen yksikössä

Kajanto, Saana
Valkonen, Karita

2016 Laurea



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Yhdessä enemmän

Laurea-ammattikorkeakoulu

Ikääntyneen ravitsemuksen ja sen seurannan tehostaminen ikään-
tyneiden hoiva-asumisen yksikössä

Kajanto, Saana
Valkonen, Karita

Kajanto Saana
Valkonen Karita
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Lokakuu, 2016

Kajanto Saana & Valkonen Karita

Ikääntyneen ravitsemuksen ja sen seurannan tehostaminen ikääntyneiden hoiva-asumisen yksikössä

Vuosi

2016

Sivumäärä

54

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoiva-asumisen yksikössä asuvan ikääntyneen ravitsemuksen ja sen seuraamisen tehostamista. Tavoitteena oli tuottaa hoitohenkilökunnan työvälineeksi lomake ikääntyneen ravitsemuksen seurantaan sekä ohje ravitsemuksen tehostamiseen. Ravitsemuksen seurannan lomake ja ravitsemuksen tehostamisen ohje kohdennettiin joukolle, joka täytti seuraavat RAI -mittariston kriteerit: syö itse, jättää syömättä 25-30 % päivittäisistä ruoka-annoksistaan, paino laskenut viimeisen puolen vuoden aikana vähintään 10 % tai 5 % viimeisen kuukauden aikana. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Espoon kaupungin kanssa Kaukalahden Elä ja asu - seniorikeskuksessa.

Opinnäytetyön viitekehys ja kehitetty lomake ravitsemuksen seurantaan ja ravitsemuksen tehostamiseen pohjautuu ajankohtaiseen tutkimustietoon sekä ammattikirjallisuuteen mukaan lukien ravitsemusneuvottelukunnan ja ESPENin suositukset ikääntyneille. Teoriaosassa käsitellään yleisesti ikääntyneiden ravitsemussuosituksia, ravintoaineita, virheravitsemustilaa ja sen vaikutuksia somaattiseen terveyteen. Lisäksi opinnäytetyössä on tarkasteltu toimintakyvyn arviointiin tarkoitettua RAI - mittaristoa, sillä se liittyy olennaisesti työelämän yhteistyökumppanin käytäntöön arvioida ikääntyneiden ravitsemustilaa.

Opinnäytetyö toteutettiin tekemällä kirjallisuuskatsaus sekä toiminnallinen osuus. Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku tehtiin Medic tietokannasta. Katsauksen tulokset analysoitiin induktiivisen sisällön analyysin avulla. Kirjallisuuskatsauksen tulokset muodostavat ravitsemuksen seurannan lomakkeen ja ravitsemuksen tehostamisen ohjeen osa-alueet. Toiminnallinen osuus koostui tehtyjen ravitsemuksen seurannan lomakkeen sekä ravitsemuksen tehostamisen ohjeen esittelemisestä hoitohenkilökunnalle ja kymmenelle hoiva-asumisen asukkaalle Kaukalahden Elä ja asu -seniorikeskuksessa.

Kirjallisuuskatsauksen perusteella ikääntyneiden ravitsemustilaa on voitu tehostaa kiinnittämällä huomiota ikääntyneen psyykkiseen hyvinvointiin kuten elämänhalun lisäämiseen ja masennuksen hoitamiseen. Lisäksi itsemääräämisoikeuden huomioiminen aterioiden koostamisessa ja ruokailutottumuksissa, ruuan energiatihyden lisääminen, suojaravintoaineiden saannin ja ruuan oikeanlaisen koostumuksen varmistaminen ovat ravitsemukseen vaikuttavia tekijöitä. Huolellisen suun terveydenhoidon sekä ikääntyneen liikuntakyvyn ylläpidon on todettu olevan merkittäviä tekijöitä ikääntyneen ravitsemustilan parantamisessa. Henkilökunnan ravitsemuksellisen tieto-aidon lisäämisellä voidaan myös tehostaa ikääntyneen ravitsemusta ja sen seuraamista. Nämä keskeiset tekijät muodostavat perustan luodulle ravitsemuksen seurantalomakkeelle ja tehostamisohjeelle.

Ravitsemuksen seurantalomake ja tehostamisohje luotiin ennalta määritellylle kohderyhmälle, mutta jatkossa niitä voidaan käyttää geneeristen ohjeiden tapaan missä tahansa ympärivuorokautisessa hoiva-asumisen yksikössä. Ravitsemuksen mittaamisen ohjetta voidaan käyttää hoitohenkilökunnan apuvälineenä aina, kun on tarpeen selvittää ikääntyneen ravitsemustilaa.

Asiasanat: Ikääntyneen ravitsemus, ravitsemuksen tehostaminen, ravitsemuksen seuranta, hoiva-asuminen.

Kajanto Saana & Valkonen Karita

Enhancing the nutrition and connected monitoring of elderly people at an assisted living unit for the elderly

Year	2016	Pages	54
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to describe the enhancement of nutrition for elderly people living at an assisted living unit as well as the monitoring of its development and impact. The aim was to produce a form to help nursing staff in monitoring the nutrition of older people and create instructions for enhancing nutrition. The form for monitoring nutrition and the instructions for enhancing nutrition were targeted at a group filling the following criteria of the RAI instrument: eats independently, leaves 25-30% of daily portions uneaten, weight has dropped at least 10% during previous six months or 5% during previous month. The thesis was implemented in collaboration with the City of Espoo at the Kauklahti Life and Living Centre for Senior Citizens.

The framework of this thesis and the developed form for monitoring and enhancing nutrition is based on current research knowledge and professional literature, including the National Nutrition Council's and ESPEN's recommendations for older people. The theory section deals with nutrition recommendations, nutrients, malnutrition and its effects on somatic health for the elderly at a general level. The thesis also includes an examination of the RAI instrument intended for assessing functional ability, as the instrument is essentially related to the practices for assessing the nutritional state of elderly residents of the working life partner.

The thesis process involved conducting a literature review as well as a functional part. The information search of the literature review was performed in the Medic database. The results of the review were analysed with the inductive content analysis method. The results of the literature review are the basis for the sub-areas of the form for monitoring nutrition and the instructions for enhancing nutrition. The functional part included presenting the form created for monitoring nutrition and instructions for enhancing nutrition for the nursing staff and ten assisted living unit residents at the Kauklahti Life and Living Centre for Senior Citizens.

Based on the literature review, it has been possible to enhance the nutritional state of elderly people by paying attention to their mental well-being, for instance, by increasing their will to live and treating their depression. Factors affecting nutrition also include taking the aspect of autonomy into account in the context of eating habits and compiling meals, increasing the energy density of food, ensuring the intake of protective nutrients, and the correct consistency of food. Careful oral healthcare and maintenance of the mobility of older people have been found to play a key role in improving the nutritional status of elderly people. Increasing the know-how of nursing staff in relation to nutrition can also enhance the nutrition of older people and related monitoring. These central factors form a basis for the produced monitoring form and enhancement instructions.

The form for monitoring nutrition and the instructions for enhancing nutrition were produced for a previously defined target group, but these can also be used as general guidelines in any 24-hour care unit in the future. The instructions for measuring nutrition can be used as a tool by nursing staff whenever there is a need to find out about the nutritional state of an older person.

Keywords: Nutrition for aged, enhancing nutrition, monitoring nutrition, assisted living.

Sisällys

1	Johdanto	8
2	Ikääntyneen ravitseminen	9
2.1	Ravitsemussuositukset	9
2.2	Energian tarve	10
2.3	Proteiinin saanti	10
2.4	Rasvat	11
2.5	D-vitamiini ja kalkki	12
2.6	Nesteiden saanti	12
2.7	Virheravitseminen	12
3	Ikääntyneen ravitsemuksen arviointi ja ravitsemuksen mittaaminen	14
4	RAI-järjestelmä	16
5	Ohjeet ja niiden laadinta terveydenhuollossa	18
5.1	Ohjeen laatimisen yleisiä periaatteita	18
5.2	Ohjeet terveydenhuollossa	18
6	Opinnäytetyön toteutus	20
6.1	Työn tarkoitus ja tavoitteet	20
6.2	Kirjallisuuskatsaus opinnäytetyön menetelmänä	21
6.3	Toiminnallinen opinnäytetyö osana työelämän kehittämistoimintaa	23
6.4	Kehittämistoiminnan toteutuksen suunnittelun kuvaus	24
7	Kirjallisuuskatsaus	25
7.1	Tiedon haku	25
7.2	Aineiston kerääminen ja analyysi	27
7.3	Kirjallisuuskatsauksen tulokset	28
7.4	Kirjallisuuskatsauksen tulosten luokittelu	32
8	Opinnäytetyön tulokset	33
8.1	Tehostettu ravitsemuksen seurantalomake	33
8.2	Ravitsemuksen tehostamisen ohje	35
9	Kehittämistoiminnan etiikka	37
10	Kehittämistoiminnan luotettavuus	39
11	Pohdinta	40
11.1	Opinnäytetyöprosessi	40
11.2	Opinnäytetyön tuotos ja toiminnallinen osuus	42
11.3	Hoitohenkilökunnan palaute	46
11.4	Ikääntyneiden palaute	47
11.5	Työelämän yhteistyökumppanien palaute	48
12	Opinnäytetyön hyödynnettävyys tulevaisuudessa	48
	Lähteet	50
	Kuviot	53

Taulukot.	54
Liitteet.....	55

1 Johdanto

Ravitsemuksen tiedetään olevan ikääntyneen terveyteen ja toimintakykyyn oleellisesti vaikuttava tekijä. Hoitamattoman virheravitsemuksen tiedetään lisäävän ennen aikaisen kuoleman riskiä. On todettu, että ravitsemustila heikkenee iän ja sairauksien myötä. Yli 65-vuotiaista ikääntyneistä 10 % tiedetään olevan virheravittuja. 80 ikävuoden jälkeen riski kasvaa nopeasti. Väärien ruokailutottumusten ennaltaehkäisyllä ja korjaamisella on siis merkitystä. Opin- näytetyön aihe on tällä hetkellä hyvin ajankohtainen, sillä ravitsemukseen kiinnitetään en- tistä enemmän huomiota. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 34; Ravitsemussuosi- tukset ikääntyneelle 2010, 12.)

Ikääntyneen heikentynyt ravitsemustila tunnistetaan huonosti. Suominen, Soini, Muurinen, Stålberg ja Pitkälä (2012, 170-179) toteavat ikääntyneiden virheravitsemuksen riskin nousevan iän myötä. palvelutalossa ja ympärivuorokautisessa palveluasumisessa elävien ikääntyneiden energian, proteiinien ja ravintoaineiden saanti on heikkoa. Vanhaikodissa asuvista ikäänty- neistä neljänneksellä on heikko ravitsemustila ja pitkäaikaishoidossa olevista noin puolella on virheravitsemustila. Proteiinin saantiin tulisi erityisesti kiinnittää huomiota, sillä ikääntyessä proteiinien hyväksikäyttö elimistössä heikkenee. Euroopan laajuinen tutkimus vanhusväestön ravitsemuksesta on tuottanut samansuuntaisia tuloksia. SENECA-tutkimuksen mukaan energian saanti heikkenee ikääntymisen myötä sukupuolesta riippumatta. Niukka energian saanti voi olla erityisen huolestuttavaa niillä ikääntyneillä, joiden ruoka-annokset ovat muutenkin pie- niä. (Schlettwein-Gsell & Barclay 1996, 56-66.)

Ravitsemustilan seurannan ja ravitsemushoidon toteutuksen tulee perustua aina säännölliseen arviointiin ja yksilölliseen suunnitelmaan. Ravitsemushoidon kokonaisuudessa tulee huomioida ikääntyneen fyysiseen kunto, toimintakyky, ikä ja sairaudet. Säännöllisen ravitsemustilan seu- rannalla ja hoidon suunnittelulla voidaan ennaltaehkäistä tai siirtää sairauksien puhkeamista ja niiden parantumista. (Suominen ym. 2012, 170-179.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoiva-asumisen yksikössä asuvan ikääntyneen ravitse- muksen ja sen seuraamisen tehostamista. Tavoitteena oli tuottaa hoitohenkilökunnan työväli- neeksi lomake ikääntyneen ravitsemuksen seurantaan sekä ohje ravitsemuksen tehostami- seen. Opinnäytetyön tavoitteena on lisäksi ravitsemuksen seurantalomakkeen ja tehostamis- ohjeen esittely hoitohenkilökunnalle ja kymmenelle tietyt RAI-mittariston kriteerit täyttävälle ikääntyneelle. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Espoon kaupungin kanssa Kauklahden Elä ja asu - seniorikeskuksessa.

2 Ikääntyneen ravitsemus

2.1 Ravitsemussuositukset

Vuonna 2008 Valtion ravitsemusneuvottelukunta hyväksyi periaatepäätöksen ikääntyneiden ravitsemuksen kehittämiseksi ja painopisteiden luomiseksi. Tarkoituksena oli, että ikääntyneiden ravitsemustilan seuranta sisällytetään osaksi palvelujärjestelmän toiminnan tavoitteita ja, että ikääntyneille olisi tarjolla riittävästi laadukkaita, helposti saavutettavia ravitsemuspalveluita. Samaan aikaan periaatepäätökseen tehtiin kirjaus ikääntyneiden omien ravitsemussuositusten tekemisestä. Vuonna 2010 julkaistun ikääntyneiden ravitsemussuosituksen kolme päätavoitetta ovat, että hoitotyön ammattilaiset tunnistavat ikääntyneiden ravitsemustilan heikkenemisen ja osaavat toteuttaa ikääntyneiden hyvää ravitsemushoitoa. Näiden lisäksi tavoitteena on yhdenmukaistaa hyvät käytänteet ikääntyneiden ravitsemuksessa ja lisätä tietoa ikääntyneiden ravitsemuksen erityispiirteistä. (Ravitsemussuositukset ikääntyneelle 2010, 4.)

Ikääntyneiden joukon heterogeenisyydestä johtuen ravitsemusneuvottelukunnan suositukset ikääntyneille on jaoteltu neljään eri ryhmään. Jaottelun perusteena on ikääntyneen toimintakyky. Ikääntyneen ravitsemusohjauksen ja -hoidon tulisi aina perustua yksilölliseen toimintasuunnitelmaan ja arvioon. Ikääntyneiden ravitsemussuosituksessa painopisteenä on huomioida toimintakykyyn kautta ravitsemukseen vaikuttavat tekijät edellä mainitun ryhmittelyn avulla, ravitsemuksen ja ruokavalion laadun säännöllinen arvioiminen, riittävän proteiinin, energian, kuidun, ravintoaineiden ja nesteiden saanti sekä varmistaa D-vitamiinilisän käyttö. (Puranen & Suominen 2012, 8-9.)



Kuvio 1: Ikääntyneiden ryhmät jaoteltuna toimintakyvyn, sairauksien ja avuntarpeen mukaan (Puranen & Suominen, 2012, 9 mukaillen)

2.2 Energian tarve

Ikääntyneen ravitsemushoitoon liittyvät haasteet ovat erilaisia kuin nuorempien ihmisten ravitsemukseen. Fyysiset kehon muutokset tuovat muutoksia muun muassa kokonaisenergian tarpeeseen. Energiatarve vähenee, sillä fyysisen toimintakyvyn heikentyessä energiankulutus ei ole niin suurta kuin aiemmin. Ikääntyneen toimintakyky voi olla hyvin vaihteleva. Kokonaisenergian tarve vaihtelee fyysisen aktiivisuuden ja sairastavuuden mukaan. (Puranen & Suominen 2012, 6.)

Aktiivisuus	kcal/ paino kg
Perusaineenvaihdunta = PAV	20
Vuodepotilas (PAV +30 %)	26
Liikkeellä oleva, itse ruokaileva	30
Sairaudesta toipuva tai levoton ja paljon liikkuva	36

Taulukko 1 Ikääntyneen energiantarve (Puranen & Suominen 2012, 7)

Energian tarpeen vähentymisen myötä tarvittavien ravintoaineiden tarve pysyy kuitenkin vähintään samana. Syöty ruokamäärä voi monesta eri syystä pienentyä, joten kivennäisaineiden, proteiinien ja vitamiinien saanti voi jäädä alle suositusten. Liian vähäinen proteiinien ja energian saanti kiihdyttää lihasmassan katoamista ja lisää infektioriskiä. Ikääntyneen ihmisen ruokavaliossa tulee kiinnittää erityistä huomiota ravinnon laatuun. Riittävä proteiinin, D-vitamiinin, kalkan ja kokonaisenergiamäärän saanti ovat ikääntyneen ihmisen ravitsemuksen kulmakivet. (Ravitsemussuositukset ikääntyneelle 2010, 14-16; Puranen & Suominen 2012, 6.)

2.3 Proteiinin saanti

Proteiinit eli valkuaisaineet toimivat kehossa kudosten rakennusaineena. Proteiinit muodostuvat aminohapoista, joita ihmisen kudoksissa on noin kaksikymmentä erilaista. Näistä kahdestakymmenestä kymmenen on välttämättömiä kudosten kannalta. Välttämättömät aminohapot ihmisen on saatava ravinnon mukana, sillä niitä ei elimistö kykene rakentamaan muista aminohapoista. Rakennusaineominaisuuden lisäksi proteiinit toimivat elimistössä säätelämällä sen pH- ja vesitasapainoa, osmoottista painetta sekä ne toimivat solun kuljetustehtävissä. (Aapro, S. Kupiainen, H. & Leander, M. 2008, 31-32.)

Ikääntynyt ihminen tarvitsee proteiinia enemmän kuin nuoremmat. Proteiinin saannin suositus on 1-1,2g/painokilo/vuorokausi. Akuutti sairaus tai virheravitsemusriski voi nostaa ikääntyneen proteiinin tarpeen jopa 1,5-2,0g/painokiloa kohden / vuorokausi. Riittävän proteiinin saannin avulla voidaan ennaltaehkäistä voimattomuutta, sarkopeniaa eli lihaskatoa, infektioiden syntyä ja parannetaan mahdollisten haavojen paranemisprosessia. Ikääntyneet tarvitsevat riittävästi proteiinia toimintakykynsä ja lihasmassansa ylläpitämiseen. (Deutz, Bauer, Barazzoni, Biolo, Boirie, Bosy-Weatphal, Cederholm, Cruz-Jentoft, Krznaric, Nair, Singer, Teta, Tipson & Carder 2014, 929- 934.) Mikäli proteiinin tarve ei täyty ruokailujen kautta, suositellaan ikääntyneille proteiineja sisältäviä täydennysravintovalmisteita (Puranen & Suominen 2012, 21).

2.4 Rasvat

Rasvat ovat välttämättömiä ravintoaineita ihmiselle. Rasvoja tarvitaan solujen rakennusaineeksi, rasvaliukoisten vitamiinien kuljetusaineeksi, välttämättömien rasvahappojen saannin turvaamiseksi sekä sappihappojen- ja hormonien rakennusaineeksi. Rasvat toimivat myös hyvänä energian lähteenä, sillä rasvan energiamäärä on kaksinkertainen verrattuina proteiineihin tai hiilihydraatteihin. (Haglund, Hakala-Lahtinen, Hupponen & Ventola 2007, 38-40; Puranen & Suominen 2012, 20.)

Ravinnon ja elimistön rasvoista suurin osa on triglyseridejä, jotka voidaan jakaa edelleen kolmeen pääryhmään: tyydyttyneisiin, kertatyydyttymättömiin ja monityyydyttymättömiin rasvahappoihin. Tyydyttyneitä rasvahappoja saadaan eläinperäisistä tuotteista, kuten maitotuotteista, kertatyydyttyneitä öljyvalmisteista ja margariineista. Monityyydyttyneiden rasvahappojen lähteenä toimii kala, siemenet ja erilaiset täydennysravintovalmisteet, kuten Omega 3 -rasvahappoja sisältävät tuotteet. (Haglund ym. 2008, 33-37; Puranen & Suominen 2012, 20-21.)

Purasen & Suominen (2012, 20-21) mukaan suositeltava rasvojensaanti on 25-35 % kokonaisenergian saannista. Rasvan osuus ikääntyneen ruokavaliossa voi olla suurempikin, mikäli rasvojen tarkoituksena on toimia energiatiheyden lisääjänä. Ihanteellisinta olisi, jos 2/3 ravinnon rasvoista koostuisi tyydyttymättömistä eli pehmeistä rasvoista. Tyydyttymättömien rasvojen on todettu mm. vähentävän veren kolesterolia ja hyytymistäipumista sekä parantavan sokeriaineenvaihduntaa. Ihannetilanteessa 1/3 päivän rasvoista on kovaa rasvaa eli tyydyttymättömiä rasvahappoja, sillä ne voi altistaa verenpaineen nousulle ja aivoverenkiertohäiriöille sekä nostaa veren kolesterolipitoisuutta ja kasvattaa riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen. (Aapro ym. 2008, 36; Kotiranta, Schroderus & Sertti 2007, 196-197.)

2.5 D-vitamiini ja kalkki

Kalsiumin ja D-vitamiinin saannin tarve on kytköksissä toisiinsa. Kalsium on tärkeä mineraali luustolle. Riittävä kalsiumin saanti on erittäin tärkeää ikääntyneelle, sillä kalsiumin imeytymisen heikkenee iän myötä ja osteoporoosin riski kasvaa. Osteoporoosin Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan ikääntyneelle suositellaan 1g kalkkilisää muun ravitsemuksen tueksi osteoporoosin ja luunmurtumien ennaltaehkäisemiseksi. (Kelo ym. 2015, 36; Puranen & Suominen, 2012, 24).

Ilman D-vitamiinia kalkki ei imeydy suolistossa. Kalkin imeytymisen varmistamiseksi D-vitamiinia tarvitaan myös immuunipuolustukseen. D-vitamiinin puutos voi aiheuttaa lihasatrofiaa, joka heikentää tasapainoa ja altistaa ikääntyneen kaatumiselle. D-vitamiinin saanti voi jäädä vähäiseksi, sillä ikääntyessä D-vitamiinin imeytyminen aktiiviseen muotoon munuaisissa heikkenee ja heikentyneen toimintakyvyn myötä ulkona oleilu voi vähentyä, jolloin sitä ei pääse muodostumaan ihoilta auringon valon vaikutuksesta. (Kelo ym. 2015, 36; Puranen & Suominen 2012, 24; Ravitsemussuositukset ikääntyneelle 2010, 43) Yli 60- vuotiaalla D-vitamiinin saanti tulee turvata 20µg D-vitamiinilisällä (Osteoporoosi; Käypähoito- suositus, 2014).

2.6 Nesteiden saanti

Ikääntyneen ravitsemuksessa on oleellista kiinnittää huomiota riittävään nesteiden saantiin. Riittävä nesteiden saanti on edellytys aineenvaihdunnalle ja kehon normaalille fysiologiselle toiminnalle. Iän myötä elimistön oma vesimäärä pienenee ja veden osuus koko kehossa on noin 50-60 %. Nestevajauksesta johtuvat komplikaatiot voivat olla huomattavasti vaarallisia iäkkäälle kuin nuorelle. Nestetarve ikääntyneellä voidaan laskea seuraavan kaavan avulla: 30ml nestettä / painokilo. Valtion ikääntyneiden ravitsemussuositukset (2010, 47) kehottavat varmistamaan vähintään 1-1,5 litran nesteiden saannin päivittäin. Ikääntyneen lääkitys voi nostaa entisestään nesteen saannin tarvetta. (Puranen & Suominen 2012, 23; Ravitsemussuositukset ikääntyneelle 2010, 41-42.)

2.7 Virheravitsemus

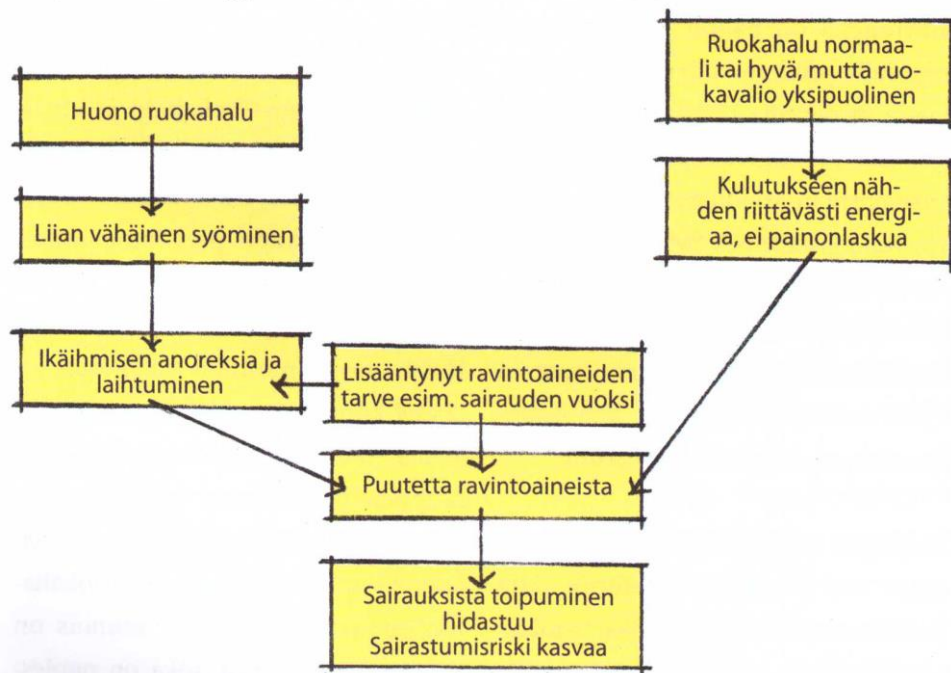
Virheravitsemukseen voi johtaa monet eri tekijät. Nämä tekijät voidaan jakaa kolmeen eri ryhmään: sosiaaliset ja ympäristöstä johtuvat tekijät, psyykkiset tekijät sekä fysiologiset, sairauksista ja lääkkeistä johtuvat tekijät. Sosiaalisilla tekijöillä tarkoitetaan esimerkiksi elämäntilanteesta johtuvia syitä: sosiaalisen verkoston kaventuminen voi aiheuttaa muutoksia

ruokailutottumuksissa. Liikuntakyvyn heikentyessä päivittäisten asioiden hoitaminen voi vaikeutua ja esimerkiksi ostosten tekeminen ei ole yhtä helppoa kuin työikäisillä. Taloudellisen tilanteen muutoksen voivat omalta osaltaan vaikuttaa ruokavalioon ja sen yksipuolistumiseen. (Suominen 2008, 54; Hakala 2015.)

Laitoshoidossa olevien ikääntyneiden virheravitsemuksen syynä on todettu olevan psyykkiset tekijät. Menettämisen pelko, yksinäisyys ja masennus voivat näyttäytyä ruokahaluttomuutena. Fysiologiset, sairauksista ja lääkkeiden käytöstä johtuvat syyt voidaan kuvata niin sanottuina luonnollisina iän mukanaan tuomina muutoksina, jotka vaikuttavat ruokailutottumuksiin. Ruuansulautusentsyymisen erityksen heikkeneminen sekä muutokset maku- ja hajuaistissa voivat aiheuttaa ruokahalun heikentymistä ja näin ollen tahatonta painon laskua. Infektiosairaudet vaikuttavat osaltaan painonlaskuun. Sairauksien myötä liikkuminen heikentyy, jonka seurauksena energian kulutus ja ruokahalu laskee. Lääkkeiden sivuvaikutukset liittyvät yleensä syljen erittymisen heikentymiseen, pahoinvointiin tai suoraan ruokahalun heikkenemiseen. (Suominen 2008, 54; Hakala 2015.)

Suominen ym. (2012, 170) toteavat ikääntyneen ravitsemuksen olevan yhteydessä terveydentilaan ja toimintakykyyn. Alipainoon ja merkittävään ylipainoon liittyy ikääntyneillä nuorempia suurempi kuoleman riski. Ikääntyneiden keskuudessa alipainoisuus on kuitenkin ylipainoisuutta yleisempää. Ikääntyneiden ravitsemushoidon tavoitteena on yleensä pitää paino ennallaan tai puuttua ruokavalioon sen ravintoainetiheyttä lisäämällä. Ikääntyneillä yli 65-vuotiailla suositeltavat painoindeksi-arvot ovat 24-29 ja yli 75-vuotiailla 25-30. (Arffman, Partanen, Peltonen & Sinisalo 2009, 102.)

Heikentynyt ravinnon saanti voi johtaa kiihtyneeseen lihaskadon ja lihasvoiman heikkenemiseen. Se edesauttaa myös sairastumista hairaus-raihnaus-oireyhtymälle. Painonvaihtelut ja proteiinin saannin vähyys kiihdyttävät lihaskatoa ja vaikuttavat tätä kautta liikuntakykyyn sekä tasapainoon. Tämä altistaa puolestaan kaatumistapaturmille ja luunluunmurtumille. Vajaa ravitsemus heikentää tämän lisäksi haavojen parantumista, pidentää sairaalassa olo- ja toipilasaikaa sekä lisää tulehdusten ja komplikaatioiden riskiä. (Suominen ym. 2012, 170; Arffman ym. 2009, 102.)



Kuvio 2: Ikääntyneiden virheravitsemukseen johtavia tilanteita (Suominen 2008, 54).

3 Ikääntyneen ravitsemuksen arviointi ja ravitsemuksen mittaaminen

Ikääntyneiden ravitsemuksen arviointi ja mittaaminen on osa laadukasta hoitotyötä. Hyvä ravitsemustila edistää sairausajan jälkeistä toipumisaikaa ja muun hoidon onnistumista. Käytännön toteutus jää laitoshoidossa usein hoitohenkilökunnalle. Hoitohenkilökunnan tulee osata arvioida ravitsemushoidon toteutumista, jotta virheravitsemustilaan ja -riskiin voidaan puuttua ennaltaehkäisevästi tai riittävän varhaisessa vaiheessa. (Alfman ym. 2009, 109-110.)

Yksinkertainen tapa seurata ikääntyneen ravitsemusta on arvioida säännöllisesti syödyn ruuan ja nesteiden määrää. Silmäääräinen tarkastelu nautitusta ravinnosta ja tarvittaessa siitä raportointi kertoo ikääntyneen ravinnon saannista jo paljon. Tätä varten on olemassa erilaisia lomakkeita ja listoja, joihin hoitohenkilökunnan on helppo merkitä tarjotut ja syödyt ruuat ja nesteet. Syödyn ruuan määrällä on suora vaikutus saadun energian määrään. Annoskoon sopivuuden, ruokailutoiveiden ja ruokailutottumusten tiedustelu on olennaista potilaan yksilöllisyyden kunnioittamiselle ja näin ollen huomioitava asia ravitsemushoidon seurannassa. (Ravitsemushoito 2010, 53-54.)

Säännöllinen painon seuranta on helppo ja nopea tapa seurata ravitsemustilaa. Painoa tulisi mitata kuukausittain niin, että tulos kirjataan ylös ja tuloksia tulisi vertailla järjestelmällisesti punnitusten välillä (Puranen & Suominen 2012, 13). Ravitsemustilaa arvioitaessa voidaan painon laskemisen sanoa olevan merkittävää, jos paino on laskenut enemmän kuin 2 % viikossa, 5 % kuukaudessa, 7 % kolmessa kuukaudessa tai 10 % puolessa vuodessa (Hyytinen, Mustajoki, Partanen & Sinisalo 2009, 31).

Painon mittaamisen lisäksi painon ja pituuden suhteen laskeminen eli BMI (Body Mass Index) on yksi tapa seurata ikääntyneen ravitsemusta. BMI lasketaan jakamalla asiakkaan paino (kg) pituuden neliöllä (m^2). Näin saadaan vertailukelpoinen luku, jossa pituuden vaikutus painoon korjaantuu. BMI - luku ei ole käyttökelpoinen voimakkaasta turvotuksesta kärsiville ihmisille. Yli 65-vuotiaiden suositeltava painoindeksi on 24-29 ja yli 75-vuotiaiden 25-30. Painoindeksin ollessa alle 24 sairastuvuus ja ennenaikaisen kuoleman riski lisääntyy (Ravitsemussuositukset ikääntyneelle 2010, 29 ; Alfman ym. 2009, 106-107.)

Aikuisten vaajaravitsemusriskin seulontaan käytetään erilaisia menetelmiä kuten MNA (Mini Nutritional Assessment), NRS-2002 (Nutritional Risk Screening) ja MUST (Malnutritional Universal Screening Tool) -testejä. Näiden menetelmien tarkoituksena on kuvata pelkän painon ja BMI-mittauksen lisäksi painossa tapahtuneita muutoksia ja syötyjen ruokamäärien suuruutta (Sinisalo 2015, 106.). ESPEN eli European Society for Clinical Nutrition and Metabolism -järjestö suosittelee NRS-2002- ja MUST-menetelmiä aikuisten vajaaravitsemuksen arviointiin. Yli 65-vuotiaiden vajaaravitsemuksen arviointiin ympärivuorokautisessa hoidossa sopii MNA-testi (Hyytinen ym. 2009, 26-28.)

MNA-testissä ikääntyneelle tehdään tavanomaiset antropometriset mittaukset eli pituus, paino, BMI sekä painon muutos viimeisen kolmen kuukauden aikana. Tämän lisäksi arvioidaan ravinnon saannin muutokset, fyysinen aktiivisuus, mahdollinen psyykkinen stressi ja akuutit sairaudet sekä neuropsykologiset ongelmat. Arvioitavat osa-alueet pisteytetään ja ne osoittavat vajaaravitsemuksen riskin. Mikäli pisteet viittaavat vajaaravitsemukseen, jatketaan testiä ravitsemustilan tarkempaan arviointiin. MNA-testissä huomioidaan myös potilaan oma käsitys hänen terveydentilastaan. (Hyytinen ym. 2009, 28-32.)

Sairaaloissa ja avoterveydenhuollossa on tavallisesti käytössä NRS-2002- tai MUST-menetelmä. Edellä mainitut eroavat MNA- testistä siten, että antropometristen mittausten lisäksi niissä arvioidaan potilaan syömää ruokamäärää. Mittausten ja syödyn ravinnon lisäksi tuloksessa huomioidaan potilaan sairauden aste ja ikä. (Ravitsemushoito 2010, 28-32.)

Erilaisten biokemiallisten tutkimusten avulla voidaan saada tietoa yksittäisten ravintoaineiden puutostiloista sekä potilaan nestetasapainosta. Tutkimuksien tuloksia voidaan hyödyntää ravintoanamneesin täydentämisessä. Biokemiallisten tutkimuksientarve tulee arvioida aina yksilöllisesti. Tuloksiin vaikuttavat monet tekijät, kuten akuutit sairaudet, niiden hoidot ja elimistön sisäiset tasapainojärjestelmät, jotka tulee huomioida tulosten tulkinnessa. (Ravitsemushoito 2010, 37.)

Keskeisintä ravitsemushoidon arvioinnissa on heti hoidon alussa tunnistaa ja erotella virheravitsemuksen vaarassa olevat ikääntyneet. Tunnistamisen jälkeen ikääntyneelle suunnitellaan yksilöllinen ja tarpeeseen vastaava ravitsemushoitosuunnitelma. Suunnitelmassa tulee huomioida mahdollinen ravitsemuksen tehostamisen tarve, erityisruokavaliot ja ruuan rakenne, sairauksien mukana tuomat vaatimukset, ylipainoisen laihdumistarve sekä ajankohtaisuus ja vakaumukset. Ravitsemushoidon vaikuttavuutta tulee arvioida säännöllisesti koko hoitoprosessin ajan. (Ravitsemushoito 2010, 27.)

Hoitajan rooli on suuri potilaan ravitsemushoidon seurannassa ja toteutuksessa. Hoitaja on tavallisesti se terveydenhuollon ammattilainen, joka on päivittäin tekemisissä ikääntyneen asiakkaan kanssa. Asiakkaan ohjaaminen päivittäisissä ravitsemukseen liittyvissä kysymyksissä ja mahdollinen avustaminen ruokailussa on tärkeää hoidon onnistumisen kannalta. Hoitajan tulee osata arvioida luotettavasti ikääntyneen ravitsemustilaa ja tarvittaessa konsultoida muita ammattilaisia, kuten lääkäriä tai ravitsemusterapeuttia, asiakkaan ravitsemushoidon tarpeen muutoksista. Hoitaja on olennainen osa asiakkaan ympärillä olevaa asiantuntijatiimiä. Hoitajan tehtävänä on huolehtia asiakkaan hyvästä ja suositusten mukaisesta ravitsemuksesta yhteistyössä erityistyöntekijöiden kanssa. (Sinisalo 2015, 204.)

4 RAI-järjestelmä

RAI-lyhenne tulee sanoista Resident Assessment Instrument eli asiakkaan arviointiväline. RAI on vuonna 2000 perustettu ohjelmisto toimintakyvyn arviointiin, joka on tarkoitettu terveydenhuollon ammattilaisten toiminnan tueksi muun muassa ikäihmisten toimintakyvyn seuramiseen. RAI:ta käytetään myös yli 18-vuotiaiden psykiatrisessa hoidossa toimintakyvyn arviointiin. RAI-toimintakyvymittaria käytetään päätöksenteon ja johtamisen tukena niin asiakas-
tasolla, palvelun ohjauksessa, kuntatasolla kuin johtamisenkin tasolla. Se antaa työvälineet hoidon tarpeen, laadun ja ikäihmisen voimavarojen systemaattiseen arviointiin ja seurantaan. RAI on tieteellisesti kehitetty, pätevä, luotettava ja kokonaisvaltainen arviointiväline toimintakyvyn mittaamiseen. (Raisoft 2014; RAI-yleiskatsaus 2014.)

RAI-ohjelmisto sisältää valmiin mittariston, jonka avulla seurataan ja kartoitetaan ikäihmisen päivittäisistä toiminnoista selviämistä, välinetoimintoja, masennusta, kipukokemuksia, terveydentilan vakautta ja kognitiotaitoja sekä hänen kuntoutumismahdollisuuksia. Ohjelmiston tavoitteena on helpottaa hoitohenkilökunnan työtä ja antaa heille käyttöön työväline, jonka ansiosta hoito- ja palvelusuunnitelman laadinta on selkeää, yhdenmukaista ja luotettavaa. Ikäihmisen toimintakykyä ja arjesta selviytymistä on tarkoituksenmukaista seurata ja arvioida hänen luonnollisessa elinympäristössä eli kotona, palvelutalossa tai muussa ikääntyvän pysyvässä asuinpaikassa. (Raisoft 2014; RAI-Yleiskatsaus 2014.)

RAI-järjestelmä on palvelutyypikohtainen eli iäkkäiden avuntarpeeseen pyritään siis vastaamaan niin kotona (kotihoito RAI), sairaalassa (akuuttihoito RAI) kuin laitosasumisessa (laitoshoidon RAI). Lisäksi mielenterveyteen liittyvään avun tarpeeseen vastaamaan on kehitetty psykiatrisen sairaalahoidon RAI ja avohoidon RAI. Järjestelmän kysymykset koostuvat neljästä eri toimintakykyä mittaavasta osa-alueesta: arjesta suoriutuminen, psyykkinen hyvinvointi, kognitio sekä sosiaalinen vuorovaikutus ja aktiivisuus. Kaikissa järjestelmätyypeissä ydinkysymykset ovat samat, mutta jokaisesta löytyy myös palvelutyypille ominaisia kysymyksiä, jotka on tarkoitettu vain kyseistä palvelua saaville. (THL 2014a.)

RAI-järjestelmän tietopohja perustuu standardoituun tietoon, joka kerätään palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. Monissa maissa, kuten myös Suomessa, standardoidun tiedon käyttökelpoisuus perustuu kyselylomakkeisiin, jotka auttavat iäkkäiden tai vammaisten sekä psykiatristen potilaiden palveluntarpeen arvioinnissa. Järjestelmään kuuluu lisäksi käsikirjoja, jotka täsmentävät kyselylomakkeiden sisältöä sekä erilaisia apuvälineitä yksilöllisen palvelu- ja hoitosuunnitelman laatimiseen. Voitto tavoittelematon tukijärjestö interRAI omistaa järjestelmän copyright-oikeudet. RAI-järjestelmän käyttöoikeutta Suomessa koskevan sopimuksen interRAI järjestön kanssa on tehnyt Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. (THL 2014b.)

Ravitsemustilaa RAI-järjestelmässä seurataan pituudella, painolla ja niistä laskettavalla painoindeksillä eli BMI:llä (Body Mass Index). BMI:ä tarkasteltaessa on kuitenkin tärkeää huomioida lisäksi asiakkaan ruumiinrakenne, ikä ja lihasmassa (Mittarikäsikirja 2013, 5). Lisäksi järjestelmässä on ravitsemuksen osalta seurannassa painon muutokset ja suun kunto. Päivittäisissä toiminnoissa seurataan myös syömistä, joka osaltaan antaa viitteitä ravitsemuksen tilasta. (THL 2014c) RAI-järjestelmän lisäosana ravitsemuksen seurannassa voidaan tarvittaessa ja tapauskohtaisesti käyttää MNA-seulontaa. MNA eli Mini Nutritional Assessment on ravitsemustilan arviointiin kehitetty kyselylomake. Kysymyssarja sisältää kuusi aliravitsemukseen liittyvää riskitekijää, joita seulalla pyritään arvioimaan. MNA-seulonnassa tarkastellaan kaikkia riskitekijöitä viimeisen kolmen kuukauden ajalta. (Mittarikäsikirja 2013, 14.)

5 Ohjeet ja niiden laadinta terveydenhuollossa

5.1 Ohjeen laatimisen yleisiä periaatteita

Ohje voi olla yksittäinen kaavake, tavarankokoamiseen tarkoitettu kuvallinen ohje, pitkä manuaali laitteen käytöstä tai yksittäinen muistilappu. Ohjeiden muodosta huolimatta niiden tavoite on aina sama: saada lukija haluttuun lopputulokseen, mahdollisesti tiettyjen välivaiheiden kautta (Kankaanpää & Piehl 2011, 295). Tuotteen tai palvelun tarkoituksenmukainen ja turvallinen käyttö voidaan taata asianmukaisella ja laadukkaalla ohjeella. Esimerkiksi uusien toimintatapojen tai työskentelymenetelmien kehittäminen luo tarpeen ohjeen laatimiselle. (Kauppinen, Nummi & Savola 2010, 134.)

Asiat on esitettävä mahdollisimman yksinkertaisesti, kuitenkin sillä tavoin, että käyttäjä pystyy lukemiensa asioiden pohjalta etenemään vaiheesta toiseen. Tämän lisäksi ohjeen elävöittämiseen ja havainnollistamiseen voidaan käyttää kuvia tai piirroksia. Jos ohjetta käyttää henkilö, jonka kirjallinen ymmärtäminen on puutteellista, kuvituksen määrä ja laatu nousee erityisen tärkeäksi (Kauppinen ym. 2010, 134). Tekstin jäsentely ajatuksella tärkeimmät ensin on suositeltavaa, jotta ohjeen käyttäjät saavat heti tietoonsa ohjeen olennaisimmat asiat. Olennaisen viestin sijoittaminen ohjeen loppuun ei palvele ohjeen lukijaa. Lukija ei tiedä, että oleellinen asia on vasta lopussa, ja tämän takia merkittävä informaatio voi jäädä saavuttamatta. (Heikkinen, H., Tiainen, S. & Torkkola, S. 2002, 39.)

Ohjeita laadittaessa tulee huomioida, kuka ohjetta lukee eli ohjeen käyttäjäkunta. Ohjeen tekijän on pidettävä koko ohjeentekoprosessin ajan mielessä kenelle ohje on suunnattu. Hyvä ohje on laadittu niin, että sen lukija ymmärtää ensisilmäyksellä tekstin olevan tarkoitettu juuri hänelle. Asiat tulee esittää mahdollisimman yksinkertaisesti, mutta kuitenkin niin, että lukija pystyy etenemään ja toimimaan itsenäisesti ohjeen perusteella. (Kauppinen ym. 2010, 134.) Ohjeen käyttäjät voivat lukea ohjetta eri järjestyksessä kuin ohjeen laatija on alun perin suunnitellut, joten ohjeen laatimisessa on huomioitava erilaiset luku- ja käyttötavat esimerkiksi niin, että haluttu kohta löytyy sisällysluettelosta tai niin, että ohjeen aikaansaama vaikutus ei ole riippuvainen lukutavasta. (Heikkinen ym. 2002, 39.)

5.2 Ohjeet terveydenhuollossa

Terveydenhuollossa ohjeilla annetaan ohjausta ja neuvontaa sekä kerrotaan myös ohjeen laatineen organisaation johtamistavoista ja hoitoideologioista. Yksinkertaista reseptiä potilasohjeen tekemiseen ei ole. Jokaisen hoitolaitoksen, sairaalan tai terveyskeskuksen tulee löytää

oma, itseään parhaiten palvele tapa ohjeen tekemiseen. Hyvin laadittu ohje palvelee niin potilaita kuin ohjeen laatineen organisaation henkilökuntaakin. Potilasohjeen kirjoittamista voi helpottaa mahdollisesti käytössä oleva valmis ohjepohja sekä yhdessä sovitut säännöt koskien esimerkiksi lääketieteen sanastoa tai potilaiden puhuttelua. (Heikkinen ym. 2002, 34.)

Terveystieteiden ohjeiden kirjoittamista ohjaa kaksi lähtökohtaa. Ohjeen laadinnassa on huomioitava laitoksen tarpeet ohjata potilasta oikein eli ohjeesta ilmenee se, mitä laitos pitää hyvänä ja tarkoituksenmukaisena toimintamallina. Lisäksi ohjetta laadittaessa on huomioitava potilaan tarve saada olennaista tietoa. Ohjeen laatiminen on hyvä aloittaa pohtimalla kuka ohjetta lukee, kenelle ohje kirjoitetaan. Ohjeen tulee puhutella lukijaa niin, että hän ensisilmäyksellä tietää ohjeen olevan kirjoitettu juuri hänelle (Hyvärinen 2005, 1). Passiivin käytöllä ei välttämättä saa potilaan huomiota, koska se ei puhuttele ketään suoraan. Teitittely tai sinuttelu on puhuttelutapana parempi. Koska ei voida olla varmoja siitä, miten lukija suhtautuu sinutteluun, on yleisesti parempi aina teititellä ennemmin kuin sinutella. (Heikkinen ym. 2002, 35-37.)

Hyvä ohje alkaa aina tärkeimmällä asialla ja etenee kohti vähemmän tärkeää asiaa. Tekstin tekijä kertoo arvostavansa lukijaa kertomalla tärkeimmän asian ensin. Tällainen aloitus myös herättää lukijan kiinnostuksen, mikä on merkittävää, jotta lukeminen etenisi ohjeen loppuun asti. Luettavuutta edistää lisäksi otsikointi. Hyvä ohje alkaa otsikolla, joka kertoo mahdollisimman tarkasti kenelle ja mitä varten ohje on tehty. Väliotsikoilla ohje jaetaan sopiviin luku-paloihin. Ne kertovat seuraavassa kappaleessa olevan olennaisimman asian. Väliotsikot ovat merkittäviä, koska ne auttavat lukijaa etenemään ohjeen loppuun asti, ne kantavat ja ohjaavat lukijaa. (Heikkinen ym. 2002, 39-40.)

Havainnollista yleiskieltä kirjoittamalla on varmin tapa saada ohjeesta ymmärrettävin (Heikkinen ym. 2002, 42). Lukijan pitää kertalukemalla ymmärtää lause tai virke, joten kannattaa käyttää mahdollisimman paljon yleiskielen sanoja. Hyvässä ohjeessa on byrokraattiset ja kankeat tieteellisetsävyiset ilmaukset, turhat lääketieteelliset termit sekä termien lyhenteet jätetty niin vähälle kuin mahdollista. Virkkeiden tulee olla myös sopivan pituisia, liian pitkät virkkeet aiheuttavat helposti sen, ettei kaikki tärkeä jää muistiin kertalukemalla. Kuitenkin pelkkien päälauseiden kirjoittaminen voi tehdä tekstistä raskaslukuista ja asioiden väliset suhteet voi jäädä epäselviksi. Lauseiden välissä onkin hyvä käyttää erilaisia kytkentäilmaisuja, kuten ”mutta”, ”vaikka” tai ”sillä”. (Hyvärinen 2005, 4-5.)

Hyvin tehdyssä ohjeessa ulkoasu palvelee ohjeen sisältöä. Ulkoasulla ei varsinaisesti tarkoiteta materiaalia tai sen laatua. Tekstin ja kuvien asettelu eli ohjeen taitto on tärkein lähtökohta hyvän ohjeen laatimiselle. Suunnittelematon ja sekava taitto ei houkuta lukemaan. Sen

sijaan hyvin taitettu ohje herättää mielenkiinnon sekä lisää sen ymmärrettävyyttä. Hyvin taitetussa ohjeessa korostuu kuvien merkitys. Hyvä kuvitus herättää mielenkiintoa, tukee ja täydentää tekstiä sekä lisää ohjeen luotettavuutta ja ymmärrettävyyttä. Kuvia ei kuitenkaan tule käyttää tyhjän tilan täytteenä kuvituskuvina, vaan kuvien on lähes aina hyvä liittyä ohjeen ydinasiaan. Tyhjää tilaa ei muutenkaan tule välttää taitettaessa, sillä tyhjä tila voi lisätä ohjeen rauhallista ilmettä sekä toimia tekstin rytmittäjänä. (Heikkinen ym. 2002, 40-41, 53.)

6 Opinnäytetyön toteutus

6.1 Työn tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoiva-asumisen yksikössä asuvan ikääntyneen ravitsemuksen ja sen seuraamisen tehostamista. Tavoitteena oli tuottaa hoitohenkilökunnan työvälineeksi lomake ikääntyneen ravitsemuksen seurantaan sekä ohje ravitsemuksen tehostamiseen. Opinnäytetyönä tehtävien ohjeiden sisältö luotiin kirjallisuuskatsauksen ja muun tutkimuskirjallisuuden avulla. Tutkimuskysymyksenä oli: Miten ympärivuorokautisessa hoidossa olevien ikääntyneiden ravitsemusta on voitu tehostaa? Opinnäytetyöhön kuului lisäksi ravitsemuksen seurantalomakkeen ja tehostamisohjeen esittely hoitohenkilökunnalle ja kymmenelle tietyt RAI -mittariston kriteerit täyttävälle ikääntyneelle.

Opinnäytetyön idea tuli työnantajan edustajalta, jolle sen tekijät osoittivat kiinnostuksensa tehdä työ ravitsemusasioihin liittyen. Espoon kaupungin hoiva-asumisen yksiköissä on käytössä yleisohje ravitsemuksen seurantaan, jolla seurataan ikääntyneen syötyä ravinnon määrää. Tarkoituksena oli tehdä ohje, jonka perusteella hoitajat pystyvät seuraamaan syödyn ravinnon laatua, nautittuja nesteitä sekä tarvittaessa täydentämään vajaaksi jäänyttä ruokailukertaa.

Opinnäytetyön kohdentaminen perustuu aiesopimukseen. Ravitsemustilan seuraamiseen todettiin olevan tarvetta suppealle frekvenssimenetelmälle jo käytössä olevia mittareita ja ohjeistuksia hyödyntäen. Tällä hetkellä ravitsemuksen toteutumista seurataan RAI-järjestelmän avulla vähintään puolivuositain, hoidon tarpeen muuttuessa useamminkin. RAI-kyselyn ohessa Espoossa on käytössä MNA-testi tarpeen vaatiessa. (Kempainen & Lind, 2016.)

Opinnäytetyön tuotoksena tehtävä ohje kohdennettiin ikääntyneistä koostuvalle joukolle, joka täytti seuraavat toimeksiantajan valitsevat kriteerit: syö itse, jättää syömättä 25-30 % päivittäisistä ruoka-annoksistaan, paino laskenut viimeisen puolen vuoden aikana vähintään 10 % tai 5 % viimeisen kuukauden aikana. Otos ohjeen kohderyhmästä haettiin Espoossa käytössä olevasta RAI-järjestelmästä.

Opinnäytetyön konkreettinen tuotos, suppea ravitsemuksen seurantalomake ja ohje ravitsemuksen tehostamiseen, esiteltiin yhden asumispalveluyksikön osaston henkilökunnalle ja kymmenelle kriteerit täyttävälle ikääntyneelle elokuun 2016 aikana. Opinnäytetyön tekijät raportoivat kokemuksensa ohjeiden tekemisestä ja ohjaamistilanteista sekä mahdollisista kehittämistarpeista valmiissa opinnäytetyössä. Mikäli molemmat kriteerit täyttäviä ikääntyneitä ei löydy Espoon osoittamasta asumispalveluyksiköstä, voidaan työn toiminnallinen osuus kohdentaa vain toisen kriteereistä täyttävälle ikääntyneelle.

6.2 Kirjallisuuskatsaus opinnäytetyön menetelmänä

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena voi olla jo olemassa olevan tiedon kehittäminen tai jonkin teorian arvioiminen. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan rakentaa kokonaiskuvaa ennalta päätetystä asiakokonaisuudesta. Sitä voidaan käyttää hyödyksi tutkimuksellisten ongelmien tunnistamisessa. Edellä mainittujen lisäksi kirjallisuuskatsauksien avulla voidaan kuvata teorioiden kehitystä historiasta nykypäivään. Tarkoitukset katsauksien käyttöön ovat hyvin moninaiset. Kirjallisuuskatsauksen avulla kootaan yhteen jo tutkittua tietoa ja luodaan perustaa uusille tutkimuksille. (Salminen 2011, 3-4.)

Salmisen mukaan (2011, 6) kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa kolmeen päätyyppiin, jotka ovat kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi. Kuvailevalle katsaukselle ominaista on, ettei sillä ole tiukkoja rajoja tai tarkkoja sääntöjä. Siinä käytetään laajoja aineistoja, joiden valintaan eivät ole vaikuttaneet metodiset säännöt. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykset ovat väljempiä kuin systemaattisessa katsauksessa tai meta-analyysissä. Sen avulla tutkittava ilmiö kuvataan laaja-alaisena.

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan toteuttaa narratiivisella tai integroivalla menetelmällä. Narratiivisen katsauksen avulla luodaan laaja kuvaus aiheesta tai sen kehityskulusta. Narratiivisella katsauksella pyritään helppolukaiseen lopputulokseen. Narratiivinen katsaus voidaan jakaa edelleen toimitukselliseen, kommentoivaan ja yleiskatsaukseen. Toimituksellinen katsaus on suppea katsaus halutusta aiheesta. Kommentoivalla kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan puolestaan katsausta, jonka päätarkoituksena on herättää keskustelua halutusta aiheesta. Sen perimmäinen tarkoitus on keskustelunavaus, eikä niiden tekijälle kirjallisuuskatsaus ole niinkään tiukka metodi. Yleiskatsaus on laajin narratiivisen katsauksen toteuttamistapa. Yleiskatsauksen tarkoituksena on luoda tiivistelmä aiemmin tehdyistä tutkimuksista. Tarkoituksena on luoda johdonmukainen, kuvaileva synteesi jo olemassa olevasta tutkimustiedosta. (Salminen 2011, 7.)

Integroivan katsauksen avulla voidaan kuvata haluttua ilmiötä laaja-alaisesti. Sen avulla voidaan tuottaa uutta tietoa jo olemassa olevan tiedon kautta. Integroiva ja systemaattinen kirjallisuuskatsaus ovat hyvin samankaltaisia. Integroivakatsaus ei ole yhtä valikoiva kuin systemaattinen katsaus, eikä se seulo tutkimusaineistoa yhtä tarkasti kuin systemaattinen katsaus. Integroitu kirjallisuuskatsaus on laajin muoto kaikista kirjallisuuskatsaustyypeistä, sillä se salii eri metodein tehtyjä tutkimuksia. Integroivan katsauksen voidaan kuvata olevan yhteen-veto yksittäisistä tutkimuksista, joiden tulokset vastaavat samoihin tutkimuskysymyksiin. (Salminen 2011, 8-9; Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 85.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla luodaan tiivistelmä halutun aihepiiriin tehdyistä tutkimuksista ja niiden keskeisistä sisällöistä. Sitä voidaan käyttää metodina tutkimuksen johdanto-osan rakentamiseen eli teoriaosuuden luomiseen. Se on tehokas tapa esittää tutkimuksien tuloksia tiiviissä muodossa ja arvioida niiden johdonmukaisuutta. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa luodaan tarkat kriteerit aineiston hyväksymistä varten, joten katsaukseen lopullisesti päätyneen materiaalin laajuus voi olla vaihteleva kriteereistä riippuen. Kriteerien avulla luodaan uskottavuutta tutkimukselle. (Salminen 2011, 9-12.)

Meta-analyysi on kolmas kirjallisuuskatsauksen tyyppi. Sen avulla pyritään selittämään ja ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. Sen avulla yhdistellään samaa aihetta käsittelevät tutkimukset ja analysoidaan niiden tuloksia yhtäläisyyksien ja eroavaisuuksien avulla. Tämän avulla pyritään luomaan valitusta aihealueesta vakuuttava kokonaiskuva. Metayhteenvetoa voidaan käyttää hyväksi hoitotieteen tiedon ja kliinisen hoitotyön kehittämisessä. Sen avulla voidaan luoda halutuille käsitteille sisältöä ja luoda sitä kautta perustaa esimerkiksi hoito-ohjeille. Metayhteenveto on kuitenkin vielä vähän käytetty menetelmä hoitotieteen alueella. (Salminen 2011, 12, 72.)

Kirjallisuuskatsaus etenee vaiheittain. Ensimmäinen vaihe on tutkimussuunnitelman laatiminen. Tutkimussuunnitelman laadinnassa luodaan tutkimuskysymykset, joihin halutaan löytää katsauksen avulla vastaus. Nämä kysymykset vievät työtä eteenpäin koko prosessin ajan. Hyvä tutkimussuunnitelma mahdollistaa aiheen rajaamisen riittävän kapealle alueelle. Tutkimuskysymyksiä laadittaessa apuna voidaan käyttää PICO-mallia, jossa määritellään potilasryhmä, tutkittava ongelma, interventit ja niiden vertailut sekä lopputulokset. PICO-mallia voidaan hyödyntää katsaukseen valittavien tutkimusten valintaprosessissa. (Johansson ym. 2007, 46-47.)

Tutkimuskysymysten asettamisen jälkeen luodaan tarkat kriteerit siitä, mitkä tutkimukset kelpaavat kirjallisuuskatsaukseen mukaan ja, mitkä vastaavat asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tutkimuskysymysten ja sisäänottokriteerien luomisen jälkeen katsaus etenee varsinaiseen kirjallisuushakuun. (Johansson ym. 2007, 49.)

Hakustrategian tavoitteena on löytää ja tunnistaa katsauksen kannalta relevantit tutkimukset. Hakusanojen määrittelyssä voidaan käyttää apuna PICO-mallia. Hakustrategian luotettavuutta lisäävät myös kirjastojen informaattikot ja heidän apunsa hyödyntäminen. Hakua tehdessä tulee huomioida hakustrategia läpinäkyvyys ja toistettavuus. Koko hakustrategia tulee siis dokumentoida niin tarkasti, että kuka tahansa pystyy toistamaan haun tulevaisuudessa niin halutessaan. Haun jälkeen tutkijat päättävät abstraktien, otsikoiden ja ennalta luotujen sisäänottokriteerien avulla mitkä tutkimukset päätyvät varsinaiseen katsaukseen. (Johansson ym. 2007, 53.)

Kirjallisuuskatsaus voidaan raportoida käyttämällä seuraavaa sapluunaa; johdanto, metodit, tulokset ja pohdinta. Johdannossa kuvataan miksi ja mihin tietoon pohjautuen kirjallisuuskatsaus tehdään, metodi osiossa kuvataan tutkimuksen rajaus, tutkimusongelma ja tutkimuskysymykset. Tulokset ja pohdinta tuo yhteen katsaukseen valitut tutkimukset ja kuvaa lopputulokset. (Johansson ym. 2007, 54.)

6.3 Toiminnallinen opinnäytetyö osana työelämän kehittämistoimintaa

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto perinteiselle ammattikorkeakouluissa tehtävälle tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla työelämään tarkoitettu opas, ohjelma tai tapahtuman järjestäminen. Olennaista toiminnallisessa opinnäytetyössä on, että siinä yhdistyvät käytännön toteutus ja raportointi tutkimusviestinnän keinoin. (Vilka & Airaksinen 2004, 9.)

Vilkan ja Airaksisen (2004, 9-10.) mukaan toiminnallinen opinnäytetyö antaa tekijöilleen mahdollisuuden näyttää osaamistaan laaja-alaisesti. Toiminnallinen opinnäytetyö mahdollistaa opiskelijalle teorian tiedon ja työelämän yhdistämisen kautta oman alan ammattikulttuurin kehittämisen harjoittelua. Toiminnallinen työ tehdään aina jollekin konkreettiselle taholle, koska sen tavoitteena on saada ihminen osallistumaan toimintaan. Tästä syystä työn kohde-ryhmän rajaaminen on tärkeää.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tutkimuksellinen selvitys kuuluu idean tai tuotteen toteutustapaan (Vilka & Airaksinen 2004, 56). Tutkimuksellisen selvityksen avulla selvitetään millaista teorian tietoa työn tekemiseen tarvitaan. Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei välttämättä käytetä tutkimuksellisia menetelmiä ollenkaan. (Vilka & Airaksinen 2004, 56.)

Tutkimuksellisten menetelmien käyttöä tulee pohtia suhteessa toiminnallisen opinnäytetyöhön liitettävään selvitykseen. Niiden käyttö on tavanomaisesti väljempää verrattuna tutkimuksellisiin opinnäytetöihin. Tutkimusmenetelmien käytöllä pyritään tiedon keräämiseen. Tutkimuksella tarkoitetaan toiminnallisessa opinnäytetyössä selvityksen tekemistä ennalta määritellystä aiheesta tai ilmiöstä. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 57.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä laadullista tutkimusmenetelmää voidaan käyttää opinnäytetyön ilmiön kokonaisvaltaisen ymmärtämisen tukena erityisesti, kun halutaan toteuttaa tietyn kohderyhmän mieltymyksien mukainen tuote. Teemahaastattelut ovat Vilkan ja Airaksisen (2004, 57-57) mukaan eniten käytetty tutkimusmenetelmä aineiston keräämiseen toiminnallisissa opinnäytetöissä. Tutkimustarkoituksessa haastattelua voidaan pitää systemaattisena tiedonkeruun muotona (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 207). Toiminnallisessa opinnäytetyössä laadullisella tutkimusmenetelmällä kerättyä tietoa ei kuitenkaan välttämättä tarvitse analysoida tai litteroida, vaan sitä voidaan käyttää lähteenä sellaisenaan. Analysoinnin kautta voidaan perustella työssä käytettyjä sisällöllisiä valintoja. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 63-64.)

Tässä opinnäytetyössä toiminnallinen osuus koostuu luotujen ravitsemuksen seurantalomakkeen ja tehostamisohjeen esittelemisestä hoitohenkilökunnalle ja kymmenelle ikääntyneelle. Hoitohenkilökunnalle seurantalomakkeen ja tehostamisohjeen esittely tapahtuu osastotunnin yhteydessä Kaukalahden Elä ja asu-seniorikeskuksessa. Kymmenen ikääntynyttä, jolle tehostamisohje esitellään, tullaan valitsemaan RAI - kriteerien perustella: syö itse, jättää syömättä 25-30 % päivittäisistä ruoka-annoksistaan, paino laskenut viimeisen puolen vuoden aikana vähintään 10 % tai 5 % viimeisen kuukauden aikana

6.4 Kehittämistoiminnan toteutuksen suunnittelun kuvaus

Opinnäytetyö lähtee liikkeelle aina aiheanalyysin tekemisellä. Aiheen valinnassa tärkeää on valita aihe, joka motivoi tekijää, jotta tekijä voi kasvaa ammatillisesti ja kehittyä omalla alallaan. Aiheen valinnassa tulee pohtia sen ajankohtaisuutta ja tulevaisuudessa sen hyödynnettävyyttä. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 23.) Opinnäytetyö päädyttiin tekemään ravitsemukseen liittyvästä aiheesta, jonka jälkeen, tammikuussa 2016, otettiin yhteys Espoon kaupungin pitkäaikaishoitopäällikköön. Hänen kautta saatiin työlle tilaus yhteistyössä Espoon vanhuspalveluissa työskentelevän ravitsemusasiantuntijan kanssa.

Tammikuu 2016	Opinnäytetyöskentelyn aloitus Laureassa Aiesopimusneuvottelu Espoon kaupungin edustajien kanssa
Huhtikuu 2016	Opinnäytetyön menetelmä osuus valmis Tutkimuslupa Espoon kaupungille valmis Kirjallisuuskatsauksen haku
Toukokuu - heinäkuu 2016	Kirjallisuuskatsauksen tulosten kirjoittami- nen sekä ravitsemuksen seurannan ja tehos- tamisen ohjeen toteutus
Syyskuu 2016	Valmiin ohjeen esittely Espooseen hoiva- asumisen yksikön hoitohenkilökunnalle ja enintään kymmenelle kohderyhmän asuk- kaalle
Joulukuu 2016	Valmiin opinnäytetyön esittely opinnäyte- työseminaarissa Valmiissa opinnäytetyssä on raportoitu käyn- nistä hoiva- asumisen yksikköön ja sen kautta saaduista kokemuksista

Taulukko 2: Opinnäytetyön alustava aikataulu

7 Kirjallisuuskatsaus

7.1 Tiedon haku

Tutkimuskysymys, johon haettiin vastausta, oli: Miten ympärivuorokautisessa hoidossa olevien ikääntyneiden ravitsemusta on voitu tehostaa? Kirjallisuuskatsauksen alustavia tiedonhakuja tehtiin 7.3.2016 tiedonhaun työpajassa Hyvinkään Laureassa. Varsinainen haku suoritettiin kirjaston informaatikon kanssa 12.4.2016 Medic -tietokannasta. Hakutermejä muutettiin alkuperäiseen suunnitelmaan verrattuna siten, että lopullisessa haussa käytettiin hyväksi termien katkaisumerkkejä. Sisäänotto- ja ulosjättökriteerejä muutettiin kirjaston informaatikon kehotuksesta siten, että mukaan hakuun otettiin kaikki Medic -tietokannassa olevat julkaisutyyppit. Haku suoritettiin seuraavilla termeillä:

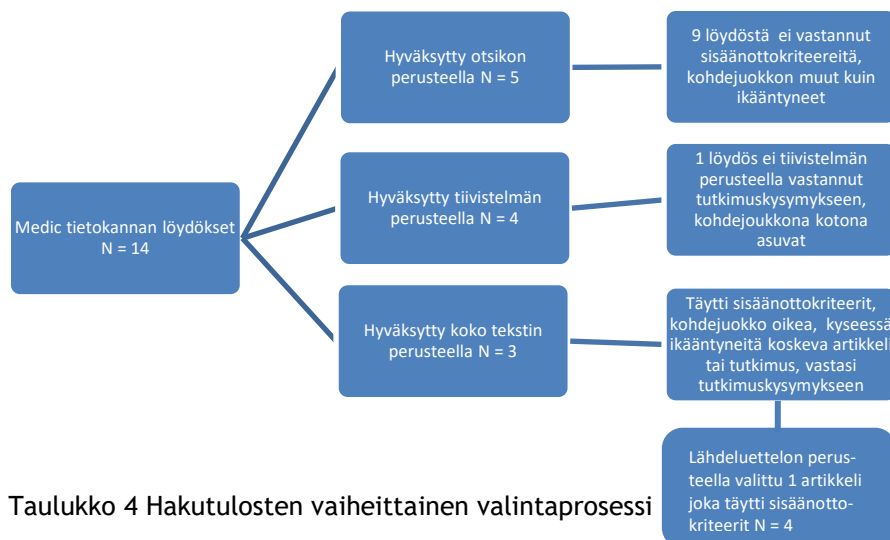
ikä* OR iäkäs OR seniori OR potilas OR asiakas OR aged OR senior OR patient OR client+ ravitsemuksen tehostaminen OR ravitsem* OR nutrition OR optimization nutrition + laitoshö* OR hoivako* OR hoitoko* OR vanhainko* OR hoitol* OR assisted living.

Sisäänottokriteeri	Poissulkukriteeri
Tutkimus tai artikkeli, joka on toteutettu Pohjoismaissa	Ei pohjoismainen tutkimus tai artikkeli
Tutkimuksen tai artikkelin kohdejoukkona ovat ikääntyneet (yli 65- vuotiaat)	Kohdejoukkona ovat muut kuin ikääntynyt väestö (alle 65- vuotiaat)
Tutkimus tai artikkeli koskee laitoshoidossa asuvaa ikääntynyttä	Tutkimus tai artikkeli koskee kotona asuvaa tai kotihoidon piirissä asuvaa ikääntynyttä
Tutkimuksen tai artikkelin julkaisukieli suomi tai englanti	Tutkimuksen tai artikkelin julkaisukieli muu kuin suomi tai englanti
Tutkimuksen tai artikkelin julkaisu ajan- kohta 2005 - 2016	Tutkimus tai artikkeli on julkaistu ennen vuotta 2005

Taulukko 3 Kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja ulosjättökriteerit

Haun suorittivat kummatkin opinnäytetyön tekijät erikseen. Kummatkin tekijät päätyivät neuvottelujen jälkeen ilman erimielisyyksiä samoihin tutkimuksiin ja artikkeleihin, jotka valittiin työhön tai jätettiin sen ulkopuolelle.

Haku tuotti yhteensä 14 viitettä. Näistä 14 viitteestä otsikon ja asiasanojen perusteella jätettiin katsauksen ulkopuolelle 10. Neljästä jäljelle jääneestä tiivistelmän perusteella jäi katsauksen ulkopuolelle yksi, sillä se käsitteli kotona asuvien ikääntyneiden ravitsemusta eikä siis vastannut työn tutkimuskysymykseen. Kolmelle valitulle alkuperäistutkimukselle tehtiin vielä käsihaku, eli niiden lähdeluettelot tarkastettiin mahdollisesti haun ulkopuolelle jääneiden tutkimuksen kartoittamiseksi. Lähdeluetteloista löytyi yksi kahdesti esiin noussut artikkeli, joka käsitteli helsinkiläisten laitoshoidossa olevien vajaaravitsemusta, ja siksi se päätettiin ottaa mukaan katsaukseen. Teos myös täytti katsauksen sisäänottokriteerit. Lopulliseen katsaukseen valittiin kolme tutkimusta ja yksi artikkeli, jotka täyttivät sisäänottokriteerit ja vastasivat asetettuun tutkimuskysymykseen.



Taulukko 4 Hakutulosten vaiheittainen valintaprosessi

7.2 Aineiston kerääminen ja analyysi

Jotta kirjallisuuskatsaus tuottaisi sellaista tietoa, joka vastaa varsinaiseen tutkimuskysymykseen, on tärkeää pohtia tiedonkeruun strategiaa mahdollisimman tarkasti. Strategian luomiseen kuuluu haussa käytettävien hakusanojen ja niiden yhdistelmien luominen, tuloksien sisäänotto- ja ulosjättökriteerin määritteleminen ja käytettävien aineistokantojen nimeäminen. Näiden kriteerien avulla pyritään varmistamaan katsaukseen valittujen tutkimuksien laatua ja omassa työssä parantamaan lopputuloksen luotettavuutta. Kirjallisuuskatsauksessa on oleellista kirjata kaikki hakuun liittyvät kriteerit ja vaiheet mahdollisimman tarkasti ylös, jotta haku voidaan suorittaa uudestaan milloin tahansa niin, että lopputulos on aina yhtenevä alkuperäisen haun kanssa. (Johansson ym. 2007, 91-92.)

Toiminnallisissa opinnäytetöissä, kuten oppaissa ja ohjeissa, lähdekritiikki nousee erityiseen asemaan (Vilkkä & Airaksinen 2004, 53). Tähän opinnäytetyöhön liittyvän kirjallisuuskatsauksen haku tehtiin Medic-tietokannasta. Apuna käytettiin kirjaston informaattikkoa.

Analyysivaiheessa haun tuottamien tutkimuksien läpikäymistä ja hallintaa helpotettiin kuvaamalla valitut alkuperäistutkimukset taulukkoon (Liite1). Taulukosta käy ilmi tutkimuksen tekijät, paikka, vuosi, tarkoitus, aineisto, aineiston keruu ja keskeiset tulokset. Tämän avulla helpotettiin kokonaisuuden hahmottamista sekä varmistuttiin oleellisten asioiden esille nousemista. Taulukointi helpotti tutkimusten käsittelyä ja kokonaisuuden hahmottamista. (Johansson ym. 2007, 67.)

Aineiston keräämisvaiheen jälkeen aineiston analyysivaihe päättyy tulosten tulkintaan ja johdopäätöksiin aineistosta. Aineiston analyysillä ja tulosten tulkinnalla voitiin aikaansaada lukijaystävällinen tiivistelmä valitusta aiheesta (Johansson ym. 2007, 94-96). Aineiston analyysi voidaan tehdä teorialähtöisesti tai teoriaohjaavasti. Tällöin puhutaan induktiivisesta ja deduktiivisesta sisällön analyysistä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 107-108).

Tässä opinnäytetyössä kirjallisuushaun tulokset analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla eli aineistolähtöisesti. Analyysin ensimmäisessä vaiheessa aineistoa pelkistettiin, sen jälkeen ne ryhmiteltiin. Aineiston pelkistämisen vaiheessa sisällöstä karsittiin pois kaikki sellainen, joka ei vastannut tutkimuskysymykseen. Tämä toteutettiin etsimällä teksteistä tutkimuskysymykseen vastaavia ilmaisuja. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 107-108.)

Aineiston ryhmittelyvaiheessa aineistosta löydetty ja niissä toistuvat ilmaisut käytiin läpi niin, että samaa tarkoittavat käsitteet koottiin yhdeksi luokaksi. Luokitteluyksikkönä voi olla ilmiölle ominainen piirre tai käsitys. Luokittelun tavoitteena oli tiivistää sisältöä entisestään samalla, kun yksittäiset käsitteet sisällytettiin yleisempiin käsitteisiin. Ryhmittelyn tuloksena syntyi käsitteiden ylä- ja alaluokkia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109-110.)

Kirjallisuuskatsaus kuuluu teoreettisen tutkimuksen piiriin, mutta sen toteuttamisessa ja tulosten tulkinnessa voidaan käyttää apuna aineistolähtöistä sisällön analyysiä. Luokittelurungon luomisen kautta tutkija syventyy aineistoonsa ja tiivistää aineistoa samanaikaisesti. Tällöin sisällön analyysin kautta tehdyt luokat eivät ole katsauksen tulos, vaan apukeino tiivistää tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 123-124.)

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Ikääntyneen elämänhalu Tulevaisuuden suunnitelmat Itsensä tarpeelliseksi kokeminen Masennus	Ikääntyneen subjektiiviset kokemukset henkisestä hyvinvoinnista Diagnosoitu masennus	Psyykkinen hyvinvointi
Ikääntynyt kärsii kuivasta suusta Säännöllinen hampaiden ja/ tai proteesien puhdistaminen Nielemisongelmat Suun kipu Suun sairaudet	Suun sairaudet Suun hygienia	Suun terveydenhoito
Ruokailuaika Nälän ja kylläisyyden tunne Syödyn ruuan määrä	Nälkä Ruuan laatu	Ruokailutottumukset

Taulukko 5 Esimerkki kolmen pääluokan analyysin etenemisestä

7.3 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

Ikääntyneiden psyykkisellä voinnilla ja mielialalla kuvattiin olevan yhteys ravitsemukseen. Jekkosen, Muurisen, Soinin, Suomimisen, Suur-Uskin ja Pitkälän (2008, 17-18, 25) mukaan ikääntyneet, jotka kokevat olevansa elämänhaluisia ja omaavat jonkinlaisia tulevaisuuden suunnitelmia, ovat paremmassa ravitsemustilassa kuin ne ikääntyneet, jotka kokevat olevansa tyytymättömiä elämäänsä. Virheravitsemusriskiä lisäävät masentuneisuus ja oman terveydentilan huonoksi kokeminen. Vastaavasti kokemus hyvästä terveydentilasta parantaa ravitsemustilaa. Jekkonen ym. (2008, 32) jää pohtimaan voiko hoitohenkilökunnan toiminnalla saada aikaan vaikutuksia ikääntyneen yksinäisyyden kokemuksiin ja tätä kautta masennuksen tai mielihyvän kokemuksiin.

Syödyn ruuan määrällä voidaan sanoa olevan yhteys ikääntyneen ravitsemustilaan kahden tutkimuksen mukaan. Jekkosen ym. (2008, 34-37) mukaan pieniä annoksia syövillä ikääntyneillä oli huonompi ravitsemustila kuin suurempia annoksia syövillä. Ikääntyneet söivät tarpeeseensa nähden liian vähän. Myös Suominen ym. (2005, 578-583) toteavat tutkimuksessaan aliravitsemustilasta kärsivien ikääntyneiden jättävän toistuvasti syömättä ruoka-annoksistaan puolet tai yli puolet. Myös Saarelan (2014, 48) tutkimuksen kohdejoukosta yli puolet oli aliravittuja tai heillä oli kohonnut riski aliravitsemukseen. Vain 22 %:lla tutkimukseen osallistuneista ikääntyneistä oli hyvä ravitsemustila. Hyvässä ravitsemustilassa olevat ikääntyneet söivät enemmän kuin puolet ruuistaan sekä nauttivat välipaloja aterioidensa välillä (Suominen, Muurinen, Routasalo, Soini, Suur-Uski, Peipponen, Finne-Soveri & Pitkälä 2005, 578-583).

Jekkosen ym. (2008, 34-37) mukaan välipalojen nauttimisella ei voitu osoittaa olevan yhteyttä ravitsemustilaan. Suominen ym. (2005, 578-583) totesivat kuitenkin, että välipaloja nauttivien ikääntyneiden energiansaanti ja ravitsemustila olivat parempia kuin niiden ikääntyneiden, jotka eivät syöneet välipaloja. Jekkonen ym. (2008, 34-37), Suominen ym. (2005, 578-583) sekä Aro (2008, 9) toteavat, että välipalojen nauttimisella voidaan lisätä ikääntyneen energian tarpeen täyttymistä ja näin vaikuttaa ravitsemustilaan. Jekkonen ym. (2008, 35) ja Suominen ym. (2005, 578-583) toteavat ikääntyneiden hyötyvän täydennysravintovalmisteiden käytöstä ravitsemushoidossa, vaikka valmisteiden käytön todettiin olevan vähäistä. Saarela (2014, 55) toteaa, että ikääntyneiden D-vitamiinin saannissa oli puutteita, vaikka heilläkin oli käytössään D-vitamiinilisä. Myös muiden vitamiinien ja kivennäisaineiden saannissa oli puutteita tutkimukseen osallistuneilla ikääntyneillä: kaikista tutkimukseen osallistuneista 97 % sai alle suositusten mukaisen määrän kuituja, 42 % C-vitamiinia, 85 % E-vitamiinia, 73 % A-vitamiinia, 100 % folaattia, 48 % rautaa, 53 % seleeniä, 28 % sinkkiä ja 13 % sai kalsiumia alle suositusten mukaisen määrän. Saarelan tutkimus osoittaa myös, että ikääntyneiden proteiinin saannissa oli puutteita. Puolet tutkimuksen kohdejoukosta sai alle suositusten mukaisen määrän (60g) proteiinia päivässä.

Ravinnon koostumuksella nähtiin olevan yhteyttä ravitsemustilaan. Jekkosen ym. (2008, 33) tutkimuksessa sosemaista tai pehmennettyä ruokaa nauttivilla ikääntyneillä todettiin virheravitsemustila useammin kuin kiinteää ruokaa syövillä. Aro (2008, 9) totesi artikkelissaan, että sosemaisen ruokavalion käyttäminen pitkään voi heikentää ikääntyneen ravitsemustilaa. Jekkonen ym. (2008, 33) huomioivat, että sosemaista ruokaa syövillä ikääntyneillä oli kiinteää ruokaa syöviä tavallisemmin ravitsemustilaa heikentäviä puremisen tai nielemisen vaikeuksia. Jekkosen ym. (2008, 17-18; 31-32) tutkimuksessa suunterveys ja nielemisongelmat nousivat ravitsemukseen vaikuttavaksi tekijäksi. Myös Saarelan (2014, 50) tutkimuksessa hampaisto, sen kunto ja erilaiset suuongelmat olivat merkittävä tekijä ravitsemuksen kannalta. Tavallisin suun ja nielemisen ongelma oli kuiva suu. Kuivan suun kuvattiin vaikeuttavan omalta osaltaan

ruuan pureskelua ja nielemistä, sekä aiheuttavan ientulehduksia ja hampaiden reikiintymistä. Suun hoitoon ja suun hygieniaan vaikuttamalla voidaan tutkimuksen mukaan parantaa ravitsemuksen toteutumista ikääntyneillä ihmisillä. Säännöllisellä hampaiden puhdistamisella voidaan vaikuttaa ikääntyneen hyvään ravitsemustilaan. (Jekkonen ym. 2008, 17-18, 31-31.)

Saarela (2014, 52, 65) jakoi tutkimukseen osallistuneet kolmeen ryhmään hampaiston perusteella. Ryhmä 1 (n=94) oli ne asukkaat, joilla ei ollut hampaita tai hammasproteesia käytössä. Toiseen (2) ryhmään (n=614) kuuluivat ne hampaattomat, joilla oli käytössä hammasproteesi yhdessä tai molemmissa leuoissa. Kolmanteen (3) ryhmään (n=661) kuului ne, joilla oli omia hampaita ja hammasproteesi joko toisessa tai molemmissa leuoissa tai ei ollenkaan. Purentaongelmat ja nielemisvaikeudet olivat yleisempiä ryhmässä 1. Myös aliravitsemus oli yleisintä ryhmässä 1, 32 % hampaattomista oli aliravittuja. Vastaavasti ryhmässä 2 aliravittuja oli 26 % ja ryhmässä 3 vain 17 %. Epäsäännöllinen hampaiden puhdistus sekä hampaattomuus olivat yhteydessä aliravitsemukseen. Ravitsemuksen kannalta merkittäväksi nousi myös se, että hampaansa menettäneet eivät käyttäneet irrotettavaa hammasproteesia ollenkaan. Tutkimuksen perusteella suurin osa pitkäaikaisasumisen yksiköiden asukkaista oli aliravittuja. Huono ravitsemustila oli yhteydessä hampaattomuuteen, epäsäännölliseen hampaiden puhdistukseen, purentaongelmiin sekä nielemisvaikeuksiin. Lisäksi riittämätön proteiinin ja C-vitamiinin saanti oli yhteydessä hampaiston tilaan.

Jekkosen ym. (2008, 19-26) mukaan sillä, että ikääntynyt voi itse vaikuttaa nauttimansa aterian koostamiseen, on merkitystä syötyyn ruokamäärään ja tätä kautta ravitsemustilaan. Heidän tutkimuksen mukaan ikääntyneet, jotka söivät ateriansa yleisissä ruokailutiloissa, pääsivät vaikuttamaan paremmin omaan ateriaansa kuin yksin ja valmiin kokonaisuuden syövät ikääntyneet. Ateriakokonaisuuteen jollain tapaa vaikuttamaan päässeet olivat paremmassa ravitsemustilassa kuin muut ikääntyneet. Aro (2008, 9) toteaa, että parhaan tuloksen ikääntyneen ravitsemustilan kannalta saa aikaan tilanne, jossa ikääntyneen omat toivomukset ruokavalion suhteen otetaan huomioon ja joustoja, esimerkiksi energiapitoisten ruokien suhteen, tehdään ikääntyneen omien mieltymysten mukaan.

Suomisen ym. (2005, 578-583) mukaan riski aliravitsemukseen liittyy ikääntyneen toimintakykyyn, painehaavaumiin sekä mahdollisesti sairastettuun aivoinfarktiin ja halvausoireisiin. Jekkonen ym. (2008, 15-16) havaitsee tutkimuksessaan suurimman osan osallistuneista tarvitsevan apua päivittäisissä toiminnoissaan. Toimintakykyyn liittyvä huono näkökyky nousi tekijäksi, jonka todettiin olevan 33 %:lla virheravitsemustilasta kärsivillä. Jekkonen (2008, 38) ym. suosittelevat ikääntyneille toimintakykyä ylläpitävää toimintaa, liikkumismahdollisuuksia sekä näön säännöllistä tarkistamista, sillä näiden tekijöiden katsotaan olevan asioita, joilla nähdään olevan positiivisia vaikutuksia ikääntyneen ravitsemustilaan.

Aro (2008, 9) toteaa, että aliravitsemusriskiryhmään kuuluvalla ikääntyneellä ravinnon energiatihyyttä voidaan lisätä muun muassa käyttämällä voita puuroissa, valitsemalla rasvattomien tuotteiden sijaan rasvaa sisältäviä tuotteita sekä tarjoamalla välipaloja, jolloin pääaterioiden koot voivat olla pienempiä. Ateriatihyteen tulisi kiinnittää huomiota myös Jekkosen ym. (2008, 38) mukaan. Ateriavälit huomioimalla ja, kuten aiemmin todettu, välipaloja tarjoamalla, voidaan vaikuttaa ikääntyneen energiantarpeen täyttymiseen sekä ikääntyneen ruokahuuun ja näläntunteeseen.

Suomisen (2005, 578-583) mukaan hoitohenkilökunta tiedostaa ikääntyneiden syövän vähän, mutta ruoka-annoskokojen ja energiantarpeen arvioiminen on vaikeaa. Ikääntyneiden vähäinen syöminen ei aiheuta toimenpiteitä ravitsemushoitoon, vaikka ravitsemuksen tilaa seurataan. Vain pienellä osalla ikääntyneistä on käytössä energiatihennetty ruokavalio tai täydennysravintovalmisteet, niistä saaduista hyödyistä huolimatta. Tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan ravitsemustietoutta tulisi lisätä, jotta aliravitsemukseen puututtaisiin herkemmin ja aliravitsemuksen ennaltaehkäisy olisi tehokkaampaa. Myös Saarela (2014, 66) esittää, että hoitajien pitäisi olla enemmän tietoisia niin ravitsemukseen kuin yleiseen terveydentilaan vaikuttavista tekijöistä, ja tiedostaa myös suun terveyden merkityksen niihin. Suominen ym. (2005, 578-583) näkee, että näiden tekijöiden kautta ikääntyneiden ravitsemuksellista tilaa voitaisiin parantaa.

7.4 Kirjallisuuskatsauksen tulosten luokittelu

Psyykkinen hyvinvointi	<ul style="list-style-type: none"> • Elämänhalu • Subjektiiivinen kokemus omasta terveydentilasta • Diagnosoitu masennus
Ruokailutottumukset	<ul style="list-style-type: none"> • Syödyn ruuan määrä • Ateriavälit • Nälän tunne
Itsemääräämisoikeus	<ul style="list-style-type: none"> • Ikääntynyt pääsee itse vaikuttamaan omaan ateriakokonaisuuteensa
Ruuan koostumus sekä ruuan energia- ja suojaravintoaineet	<ul style="list-style-type: none"> • Energian tarve • Välipalat ja lisäravinteiden käyttö • Ruuan sisältämä energia- ja suoravintoaineet • Ruuan sisältämä kuitu ja proteiinit • Sosemainen ruoka, kiinteä ruoka
Suun terveyden hoito	<ul style="list-style-type: none"> • Kuiva suu • Nielemis- ja purentavaikkeudet • Suun sairaudet, hampaiston kunto • Säännöllinen suun puhdistaminen
Toimintakyky	<ul style="list-style-type: none"> • Näkökyky • Liikuntakyky • Ruokailupaikka
Henkilökunnan tieto-taito	<ul style="list-style-type: none"> • Energian tarpeen arvioiminen • Hoitohenkilökunnan koulutus • Ravitsemustilan seuranta

Taulukko 6 Kirjallisuuskatsauksen perusteella muodostetut pääluokat

8 Opinnäytetyön tulokset

8.1 Tehostettu ravitsemuksen seurantalomake

Opinnäytetyön tarkoitus oli kahden ravitsemukseen liittyvän ohjeistuksen suunnittelu ja toteutus. Lisäksi opinnäytetyöhön kuului toiminnallisena osana ravitsemuksen seurantalomakkeen (Liite 2) sekä tehostamisohjeen (Liite 3) esittely hoitohenkilökunnalle ja kymmenelle ikääntyneelle. Ravitsemuksen seurantalomake oli siis tarkoitettu hoitohenkilökunnan käyttöön ja ravitsemuksen tehostamisohje ikääntyneille yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa käytettäväksi. Ikääntyneiden kohdejoukon oli tarkoitus täyttää seuraavat kriteerit: syö itse, jättää syömättä 25-30 % päivittäisistä ruoka-annoksistaan, paino laskenut viimeisen puolen vuoden aikana vähintään 10 % tai 5 % viimeisen kuukauden aikana. Ravitsemuksen tehostamisen ohjeen toivottiin olevan kuvallinen ohje.

Tämän työn konkreettisenä toteutuksena kehitetyn ravitsemuksen seurantalomakkeen avulla voidaan seurata hoiva-asumisen asukkaan ravitsemustottumuksia. Seurannan perusteella hoitohenkilökunta saa tietoa siitä, syökö asiakas aterioillansa riittävästi, syökö hän aterioillaan proteiineja sekä kuinka paljon asukas nauttii nesteitä vuorokauden aikana. Tämän lisäksi hoitohenkilökunta ja ikääntynyt pohtivat yhdessä ravitsemuksen toteutumista ja ikääntyneen omia toiveita ravitsemukseen liittyen. Ravitsemuksen seurantalomake kehottaa ottamaan herkästi käyttöön ravitsemuksen tehostamisen ohjeen, mikäli asiakkaalla on poikkeamia energian tai proteiinin tarpeen täyttymisessä.

Ensimmäisessä työversiossa ravitsemuksen seurantalomakkeesta asukkaan tunnistetieto- ja perustietoina olivat nimi, noudatettava ruokavalio sekä paino ja punnituspäivä. Painoa ja punnituspäivämäärää pidetään olennaisena tietona, jotta asiakkaan painon muutoksia pystytään seuraamaan. Työelämän yhteistyökumppanin toiveena oli painon muutoksen arvioiminen. Lisäksi ohjeeseen lisättiin asukkaan aterian annoskoko sekä annoksen sisältämä kilokalorimäärä. Näiden tietojen avulla hoitohenkilökunta pystyy arvioimaan sopivaa annoskokoa ja asukkaan saamaa kokonaisenergiämäärää. (Kemppainen & Lind 2015.)

Ravitsemuksen seurantalomakkeeseen nostettiin kirjallisuuskatsauksen ja yhteistyökumppanien kanssa käytyjen keskustelujen perusteella seuraavat asiat: syödyn aterian määrä ja laatu aterioittain, nautittujen nesteiden määrä, ravinnon koostumus sekä ikääntyneen subjektiivinen kokemus aterista. Aterioilla nautitun ruuan määrällä on Jekkosen ym. (2008, 34-37.) mukaan vaikutusta ikääntyneen ravitsemuksen tilaan. Mikäli ikääntynyt syö liian vähän, ei energian tarve tule täytetyksi ja virheravitsemuksen riski kasvaa. Myös Suominen ym. (2005, 578-583.) totesivat toistuvasti alle puolet aterioistaan syömättä jättävien ikääntyneiden olevan

aliravittuja. Opinnäytetyön kohdejoukko jättää lähtökohtaisesti syömättä annoksistaan 25-30 %, joten syötyä ravinnon määrää tulee seurata virheravitsemusriskin ennaltaehkäisyn takia.

Alkuperäinen ajatus ohjeen tekijöillä oli, että ravitsemuksen seurantalomakkeen avulla ikääntyneen ruokailua seurataan yksilöllisen tarpeen mukaan muutamasta päivästä viikkoon. Tästä syystä ohjeessa kehoitetaan ottamaan käyttöön tehostettu ruokavalio ja ravitsemuksen tehostamisen ohje niissä tilanteissa, joissa ikääntynyt jättää toistuvasti aterioistaan syömättä alle puolet. Näiden avulla ikääntyneen ruokavalion energiantihettyä ja proteiinin saantia voidaan lisätä. Työelämän yhteistyökumppanin tarpeen mukaisesti lomakkeen avulla seurataan ikääntyneen ravitsemustottumuksia kuitenkin vain yhden hoivakodin tavallisen arkipäivän ajan. Seuranta uusitaan tarpeen vaatiessa tai tilanteessa, jossa halutaan arvioida ohjeiden vaikuttavuutta (Kempainen & Lind 2015).

Ravitsemuksen seurantalomakkeessa toiseksi seurattavaksi osa-alueeksi on nostettu syötyjen proteiinien määrä. Lomakkeessa seurataan aterioittain syödyn proteiinin määrää suhteessa tarjottuun valmiin ateriakokonaisuuden sisältämään proteiinin määrään. Hoitohenkilökunta arvioi, onko tarjotun aterian proteiinien lähteistä syöty lähes kaikki, puolet vai alle puolet. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2010, 49) suosituksen mukaan ikääntyneen tulisi saada proteiinia 1-1,2g/ painokilo/ vuorokausi. 67kg painavalla ikääntyneellä proteiinin saanti on siis noin 80g vuorokaudessa. Ikääntyneen ihmisen ravitsemuksen kulmakivinä tulee olla riittävä proteiinin, D-vitamiinin, kalkan ja kokonaisenergiamäärän turvaaminen, joten ravinnon laadun seuraaminen näillä määreillä on johdonmukaista ravitsemusneuvottelukunnan ohjeiden kanssa (Ravitsemussuositukset ikääntyneelle 2011, 14-16 ; Puranen & Suominen 2012, 6). Espoon Cateringin tarjoamassa normaalikokoisessa tehostetussa ruokavaliossa proteiinin osuus on 92,5g (Kempainen 2016) eli viidellä aterialla 18.5g. Ohjeessa kehoitetaan ottamaan käyttöön täydennysravintovalmiste tai tehostetun ravitsemuksen ohje, mikäli proteiinien nauttiminen jää alle suosituksen.

Ravitsemuksen seurantalomakkeeseen on liitetty osio nautittujen nesteiden määrän seurannalle. Ikääntyneen tulisi nauttia nesteitä vähintään 1000-1500 millilitraa vuorokaudessa, sillä riittävä nesteiden saanti on edellytys kehon normaalille fysiologiselle toiminnalle. Tämän lisäksi nestevajauksesta johtuvat komplikaatiot voivat olla ikääntyneelle vaarallisia. Nesteiden saantiin tulee kiinnittää huomiota, sillä ikääntyneillä janontunne voi olla heikentynyt, jolloin nesteiden nauttiminen voi huomaamatta jäädä liian vähäiseksi. (Ravitsemussuositukset ikääntyneelle 2011, 41.) Alkuperäisessä versiossa seurantalomakkeessa nesteiden laatu jaoteltiin nesteet, kahvi/tee ja lisäravinteet luokkiin. Työelämän yhteistyökumppanin esityksestä valmiissa seurantalomakkeessa nesteiden seuranta on kuitenkin jaoteltu ruokajuoma, janojuoma ja tehojuoma luokkiin. Ruokajuomalla tarkoitetaan maitoa, mehua, mehukeittoa, kiisseleitä

ja vellejä. Janojuomalla tarkoitetaan vettä, kahvia ja teetä. Tehojuomia ovat asukkaille tarjotut lisäravinteet.

Ravitsemuksen seurantalomakkeessa kehoitetaan kiinnittämään huomiota myös ravinnon koostumukseen. Jekkosen ym. (2008, 33.) mukaan ravinnon koostumuksessa on merkitystä ravitsemustilaan, sillä sosemaisista ruokia syöville ikääntyneillä on usein huono hampaisto tai nielemisen ongelmia, ja näiden seurauksena heillä voi olla virheravitsemustila. Aro (2008,9.) puolestaan totesi, että sosemaisen ruuan tarjoaminen liian pitkään ja tarpeettomasti ikääntyneelle voi heikentää ikääntyneen ruokahalua. Näiden huomioiden pohjalta lomakkeessa kehoitetaan hoitohenkilökuntaa arvioimaan yhdessä ikääntyneen kanssa, onko tarjotun aterian rakenne ikääntyneelle sopiva ja kykeneekö ikääntynyt syömään ateriansa vaivattomasti. Ei ole tarkoituksenmukaista tarjota sosemaista ruokaa, jos ikääntynyt pystyy syömään myös normaaliläpökenteistä ruokaa, tai päinvastoin, jos tällä tavoin voidaan vaikuttaa ikääntyneen ruokahuluun.

Ravitsemuksen seurantalomakkeessa kehoitetaan hoitohenkilökuntaa pohtimaan ja arvioimaan yhdessä ikääntyneen kanssa hänen kokemusta ateristi seuraavien kysymysten avulla: nauttiko asukas ateristi ja mikä siinä oli hyvää. Ohjeen kysymykset on otettu mukaan siksi, että Aron (2008, 9.) mukaan ikääntyneen omat toiveet huomioimalla voidaan saada aikaan hyviä tuloksia ikääntyneen ravitsemustilassa. Myös Jekkosen ym. (2008, 19-26) tutkimuksessa niillä ikääntyneillä, joilla on oman ateriansa koostamiseen vaikutusmahdollisuuksia, on parempi ravitsemustila kuin heillä, joilla tätä mahdollisuutta ei ole. Tästä syystä ohjeessa kehoitetaan kuuntelemaan asukkaan omia mielipiteitä ateristi. Hoitohenkilökunnan ollessa tietoinen asukkaan mieltymyksistä, on niihin luonnollisesti helpompi vaikuttaa ja mahdollisuus tarjota mieltymysten mukaisia ruoka-aineita, esimerkiksi ravitsemuksen tehostamisen ohjeen avulla. Työelämän yhteistyökumppanin toiveesta lomakkeeseen lisättiin kysymys annoskoon sopivuudesta. Keskustelu ja mahdolliset huomiot kehoitetaan kirjaamaan ylös asukkaan hoitosuunnitelmaan Espoon kaupungin ohjeistuksien mukaisesti (Kemppainen & Lind, yhteistyötapaaminen, 2016).

8.2 Ravitsemuksen tehostamisen ohje

Opinnäytetyösopimuksen mukaisesti ravitsemuksen tehostamisen ohje on suunnattu ikääntyneelle itselleen. Se korostaa ikääntyneen osallistamista, itsemääräämisoikeutta ja valinnanvapautta. Sopimuksen mukaisesti ohjeessa tuli käyttää hyödyksi erilaisia kuvia. Ravitsemuksen seurantalomakkeen ja ravitsemuksen tehostamisen ohjeen sitoo yhteen toiminta-ajatus, jonka mukaan ravitsemuksen seurantalomake ohjaa hoitohenkilökuntaa ottamaan käyttöön ravitsemuksen tehostamisen ohjeen, jos he huomaavat poikkeamia tai puutteita toteutuneessa ravitsemushoidossa.

Ravitsemuksen tehostamisen ohjeen tarkoituksena on, että asiakkaan päivittäinen energian- ja tai proteiinin tarve saadaan täytetyksi. Ruokahalua pyritään ylläpitämään tai jopa parantamaan valinnan vapautta lisäämällä ja ottamalla asiakas mukaan oman ateriansa koostamiseen. Ravitsemuksen tehostamisen ohjeen ajatus on ikääntyneen osallistaminen oman ateriakokonaisuuden luomiseen, sekä mahdollisten välipalojen tarjoaminen ikääntyneelle. Kuten aiemmin mainittiin Jekkosen ym. (2008, 19-26.) sekä Aron (2008, 9.) mukaan ikääntyneen omat vaikutusmahdollisuudet ja toiveiden kunnioittaminen ovat yhteydessä ravitsemustilaan. Ravitsemuksen tehostamisen ohjetta käytettäessä ikääntynyt saa valita tarjolla olevia proteiinin lähteitä täydentämään aterioita ja välipaloja oman tarpeen ja mieltymysten mukaisesti. Välipalojen tarjoamisella voidaan Suominen ym. (2005, 578-583.) sekä Aron (2008, 9.) mukaan edesauttaa ikääntyneen energian tarpeen täyttymistä.

Ravitsemuksen seurantalomake kehottaa hoitohenkilökuntaa ottamaan tehostamisen ohjeen käyttöön tilanteissa, jossa seurannan aikana havaitaan ikääntyneen jättävän toistuvasti syömättä yli puolet ruoka-annoksistaan tai tilanteissa, joissa ateriakokonaisuudesta syöty proteiinin määrä jää toistuvasti alle puoleen. Tilanteissa, joissa aterioilla jää toistuvasti syömättä alle puolet, ikääntynyt voi valita ateriakokonaisuuteensa ravinnon proteiinin määrää tai energiatiheyttä lisääviä komponentteja omien mieltymyksiensä mukaan. Niissä tilanteissa, joissa hoiva-asumisen asukas jättää syömättä aterioilla toistuvasti yli puolet proteiinin lähteistä, ravitsemuksen tehostamisen ohjeesta voidaan valita ikääntyneen omien mieltymyksiensä mukaan lisää proteiinia sisältäviä ruoka-aineita tai välipaloja osaksi ateriakokonaisuutta.

Ravitsemuksen tehostamisen ohjeessa on otettu huomioon myös suun terveys, sillä Saarelan (2014, 52; 65) mukaan epäsäännöllinen suun ja hampaiden puhdistus on yhteydessä aliravitsemukseen. Myös Jekkonen ym. (2008, 17-18 ; 31.) toteaa, että hampaiden säännöllisellä puhdistamisella voidaan vaikuttaa ravitsemukseen. Ravitsemuksen tehostamisen ohjeessa muistutetaan säännöllisestä hampaiden ja suun hoidosta suun sairauksien, ienongelmien ja hampaiden reikiintymisen ennaltaehkäisemiseksi. Ohjeessa kehoitetaan nauttimaan nesteitä 1500ml vuorokauden aikana valtion ravitsemusneuvottelukunnan mukaisesti (Ravitsemussuositukset ikääntyneelle 2010, 41). Lopulliseen ohjeeseen työelämän yhteistyökumppani halusi 1500ml nestetavoitteen kuvattavan lasillisina. Näin ollen ohjeessa kehoitetaan nauttimaan nesteitä 7 lasillista vuorokaudessa.

Ravitsemuksen tehostamisen ohje jää ikääntyneelle hänen omaan huoneeseensa. Parhaimmassa tapauksessa ikääntynyt voi itsenäisesti ennen ateria-aikaa pohtia omia mieltymyksiään tulevan aterian suhteen. Hoitohenkilökunta voi kannustaa ikääntynyttä omatoimisuuteen asian suhteen. Ravitsemuksen tehostamisen ohjeessa käytetyt ruoka-aineet on otettu käyt-

töön siten, että hoiva-asumisen yksikössä on tarjolla kyseisiä ruokia. Valinnat on tehty yhteistyössä työelämän kumppanien kanssa. Tällä on pyritty varmistamaan se, että ikääntyneellä todella on mahdollisuus saada valitsemiaan ruoka aineita.

Alkuperäinen ravitsemuksen tehostamisen ohje oli suunniteltu pöytäständi malliseksi. Yhdelle seinälle olisi ollut kuvattuna välipalaksi soveltuvia proteiinin lähteitä, toiselle seinälle aterianlisukkeiksi soveltuvia proteiinin lähteitä ja kolmannelle sivulla muistutuksena kuvat suunhygieniasta ja nesteiden nauttimisesta. Lopullinen ohje muotoutui työelämän yhteistyökumppanin toiveesta kaksipuoleksi A4-kokoiseksi malliksi. Ohjeen toisella puolella on välipaloiksi ja jälkiruuiksi soveltuvia proteiinin lähteitä sekä aterian kokonaisenergiaa lisääviä ruoka-aineita ja toiselle puolella samoilla periaatteilla valittuja aterian lisukkeeksi sopivia ruoka-aineita. Ruoka-aineet kuvattiin ohjeeseen annoksina, proteiinin tai energiasisällön tarkkaa määrittelyä ei pidetty tarpeellisenä. Ohjeen kuvat on hankittu tekijänoikeusvapaista kuvista Adobe Stock -palvelusta. Osan ohjeesta käytetyistä kuvista tekijät kuvasivat itse.

9 Kehittämistoiminnan etiikka

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistuksen mukaisesti koko opinnäytetyöprosessin ajan noudatettiin hyviä tieteellisiä menettelytapoja. Käytännössä tämä tarkoitti rehellistä ja tarkkaa työskentelytapaa käytettyjen tutkimustulosten esittämisessä ja arvioinnissa. Tämä opinnäytetyö on suunniteltu ja toteutettu ammattikorkeakoulutasoisen työn vaatimalla tavalla. (Kuula 2011, 34-35.)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta ohjeistaa noudattamaan läpinäkyvyyttä ja hyviä taloushallinnon käytänteitä läpi tutkimustyön. Tutkimuksen rahoitus ja kustannuskysymykset käsiteltiin ennen tutkimuksen aloittamista (Kuula 2011, 34-35). Opinnäytetyön konkreettinen tuotos olisi voinut aiheuttaa taloudellisia menoja Espoon kaupungille painokulujen muodossa. Hyvän eettisen tavan mukaista oli avoimesti tuoda esiin työstä aiheutuvat kustannukset ja sopia niiden hoitamisesta. Espoon kaupunki vastasi painokuluista kokonaisuudessaan ja painaa tulevaisuudessa opinnäytetyön tuotoksena syntynyttä ohjetta haluamansa määrän, jos lomake ja ohje halutaan jatkossa ottaa käyttöön. Opinnäytetyöprosessin etenemisen kannalta oleellista oli saada sen tekijöille käyttöön se määrä lomakkeita ja ohjeita, joka tarvittiin niiden esittelyyn hoiva-asumisen yksikössä. Asia käsiteltiin osana aiesopimusta projektin alkuvaiheessa.

Opinnäytetyön aihe ja tutkimuskysymykset, jotka ohjasivat työn teoriaosaa, tehtiin niin, että ne eivät loukanneet tai vahingoittaneet ketään. Työ on kohdennettu tietynlaiset tarkat kriteerit täyttävällä ryhmälle, joka valikoitiin RAI-järjestelmän kautta. Ryhmän ulkopuolelle ei

jätetty ketään esimerkiksi sosioekonomisen taustan, rodun tai uskonnon perusteella. (Kuula 2011, 147.)

Henkilötietojen käsittelyssä tuli huomioida eettinen näkökulma. Yksityisyyden ja yksityiselämän suojaa koskevat lait tuli ottaa huomioon tilanteessa, jossa henkilötiedot muodostavat henkilörekisterin tai, jos tutkijat olivat tekemisissä henkilötietorekisterin kanssa. Henkilötietojen käsittelyksi voidaan luetella kuuluvaksi kaikki henkilötietojen keräämistä, järjestämistä, siirtämistä, luovuttamista ja käsittelyä vaativat toimenpiteet kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Tutkimuksessa käsiteltävien ihmisten yksityisyyden suojaa tuli kunnioittaa ja henkilöt eivät saaneet olla tunnistettavissa tutkimusaineistosta (Kuula 2011, 81-83). Opinnäytetyönprojektin aikana sen tekijät eivät olleet tekemisissä potilastietojärjestelmän kanssa tai minkäänlaisen henkilötietojärjestelmän kanssa. Työn kohdejoukko oli valikoitu toimeksiantajan puolesta ja opinnäytetyön tekijät eivät saaneet ikääntyneistä mitään tunnistetietoja. Opinnäytetyön tuotos esiteltiin hoitotyöntekijöille sekä ikääntyneille, minkä pohjalta raportoitiin opinnäytetyön tekijöiden omat kokemukset projektin tekemisestä. Kokemuksista kerrottiin yleisellä tasolla ilman, että kukaan yksittäinen persoona tuli tunnistetuksi.

Kuula (2011, 101- 106) painottaa, että kaikissa tutkimuksissa tutkittavalle on annettava riittävät tiedot tehtävästä tutkimuksesta, sen tavoitteista ja toteuttamistavoista, jotta tutkittava itse voi päättää osallistumisestaan projektiin. Tutkimukseen osallistuvalla tulee kertoa, onko kyseessä kertaluonteinen aineiston keruu sekä se, mitä osallistuvalla vaaditaan tutkimukseen osallistumiseksi ja kuinka kauan osallistuminen vie aikaa. Informaation antaminen on tärkeää, sillä osallistumisen tulee olla vapaaehtoista. Yksilöllä on aina oltava oikeus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta sekä keskeyttää osallistumisensa milloin tahansa prosessin aikana. Aineistonkeruukontekstista ei myöskään saa tulla osallistujalle painostavaa tekijää, on aineistonkeruuta edesauttamassa tai mahdollistamassa mikä tahansa instanssi. Informaation antaminen suullisesti opinnäytetyössä oli riittävää, sillä siinä ei kerätty ikääntyneistä tunnistetietoja tai tallennettu käytyjä neuvontatuokioita mitenkään. Ennen valmiin ohjeen läpikäymistä jokaisen asukkaan kanssa käytiin henkilökohtaisesti läpi projektin tavoitteet, tarkoitus, projektiin osallistumiseen kuluva aika sekä vapaaehtoinen osallistuminen ohjeen läpikäymiseen.

Oli eettisesti oikein keskustella opinnäytetyön hyödynsaajan kanssa tuotoksen käytöstä sen valmistuttua. Keskustelussa pohdittiin muun muassa sitä, miten sen osapuolet voivat ja saavat hyödyntää tehtyä opasta tulevaisuudessa. Avoin keskustelu lisäsi työn eettisyyden lisäksi myös sen luotettavuutta.

10 Kehittämistoiminnan luotettavuus

Tutkimustyötä tehdessä tekijöiden tulee välttää virheiden tekemistä. Tästä syystä kaikissa tutkimustöissä tulee arvioida sen luotettavuutta. Luotettavuutta voidaan arvioida monella eri tavalla. Tämän opinnäytetyön luotettavuudesta kertoo se, että kaksi ihmistä toisista irrallaan ovat läpikäyneet kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ja artikkelit sekä päätyneet siihen, että ne täyttävät niille asetetut sisäänotto- ja laatukriteerit. Koko prosessin ajan kiinnitettiin huomiota siihen, että työhön valitut lähteet ja käytetyt työskentelytavat tukevat aihetta ja sopivat siihen. (Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009, 231-233.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuudesta kertoo työn raportoinnin läpinäkyvyys. Kaikki tutkimuksen vaiheet raportoitiin mahdollisimman tarkasti niin, että lukija pystyy seuraamaan tutkimuksen etenemistä ja sen vaiheita johdonmukaisesti. Tutkimukseen vaikuttaneet olosuhteet ja tutkimuksen vaiheisiin käytetyn ajan kuvaaminen luovat läpinäkyvyyttä työlle. Tutkijoiden oma itsearvio tutkimuksesta ja siihen vaikuttaneista tekijöistä lisää työn läpinäkyvyyttä. (Hirsijärvi ym. 2009, 231-232.)

Kirjallisuuskatsauksissa oleellista on prosessin huolellinen suunnittelu ja toteutuksen kuvaaminen. Työn suunnittelun tavoitteena oli virheiden minimointi kaikissa katsauksen vaiheissa. Tästä syystä tutkimuskysymykset, hakustrategia, aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit, tutkimuksien haku, valinta ja tarkastelu sekä sisällönanalyysi suunniteltiin ja kirjoitettiin auki lukijalle. Dokumentoinnin tarkkuus työn jokaisessa vaiheessa mahdollistaa toistettavuuden ja näin lisää työn luotettavuutta merkittävästi. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 64.)

Laadullisen aineiston analyysissä ja tulosten tarkastelussa luokittelujen tekeminen on keskeinen osa. Työn luotettavuutta lisää syntyneiden luokkien muodostumisen selvittäminen ja luokittelun perusteiden avaaminen. Analyysin myötä tehdyt johtopäätökset ja tulkinnot raportoitiin tavalla, jossa työntekijä antaa ymmärtää syyn mihin päätelmänsä perustaa. (Hirsijärvi ym. 2009, 232-233)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tulee käyttää tutkivaa asennetta siitä huolimatta, että siinä ei toteutettaisikaan selvitystä tai varsinaista tutkimusta. Tutkiva asenne näkyy työssä valintojen perustelulla ja valintojen tarkastelulla nojaten käytettyihin tietolähteisiin. Lähdekriittisyys on ollut läsnä koko opinnäytetyön prosessin ajan. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 53). Työn luotettavuutta lähteiden käytön osalta lisää se, että siinä on käytetty yleisesti tunnettua tietokantaa lähteiden hankintaan ja oman tieteenalan eli sosiaali- ja terveysalan kirjallisuutta. Työn luotettavuudesta kertoo myös se, että lähdemerkinnät ja viittaukset tutkijoiden materiaaleihin on tehty oikeaoppisesti. Samalla osoitetaan arvostusta toisten töitä kohtaan (Hirs-

järvi ym. 2009, 24). Tiedon haussa informaation hyödyntäminen lisäsi aineiston luotettavuutta, sillä aineiston keruun on todettu olevan kriittisin vaihe kirjallisuuskatsauksia tehdessä. (Johansson ym. 2007, 49).

Työn luotettavuutta lisää hyvien yhteistyötapojen mukaiset neuvottelut työelämän yhteistyökumppanin kanssa. Yhteistyökumppanin pitäminen ajan tasalla prosessin etenemisestä ja heidän mielipiteiden huomioiminen ovat oleellinen osa luottamuksellisuutta opinnäytetyöprojektissa. Tekijänoikeus tehdyistä ohjeista syntyy opinnäytetyön tekijöille. Opinnäytetyö tehtiin työnantajalle, joten se tulee jäämään työnantajan käyttöön valmistumisen jälkeen. (Vilkkä & Airaksinen, 2004, 162.) Työn valmistelu- ja toteutusvaiheessa sen tekijät ovat olleet vastuussa Laurea ammattikorkeakoululle sekä Espoon kaupungille. Luottamuksellisen ilmapiirin säilymiseksi velvoitteet molempia yhteistyötahoja kohtaan muistettiin koko työn ajan.

11 Pohdinta

11.1 Opinnäytetyöprosessi

Tämä opinnäytetyö on saanut alkunsa jo paljon ennen kuin varsinainen opinnäytetyöprosessi aloitettiin. Olemme sairaanhoitajaopintojemme aikana tehneet yhdessä useita oppimistehtäviä liittyen ravitsemukseen. Tehtävät ovat liittyneet aiemmin kansansairauksiin ja mielenterveyshöhen. Kerta toisensa jälkeen ravitsemus ja siihen liittyvät asiat nousivat näin meille ajankohtaisiksi. Opinnäytetyöprosessin alussa meille olikin hyvin selvää, että työemme tulee liittymään ravitsemusasioihin jollain tavalla. Osittain sattumankin ansioista meidän ja työelämän edustajan toiveet ja tarpeet kohtasivat ja opinnäytetyöprosessi sai alkunsa.

Opinnäytetyöprosessi on vaatinut paljon yhteistyötä eri tahojen välillä. Yhteistyötaitojen merkitys on korostunut paljon tämän prosessin aikana. Olemme kokeneet projektin aikana yhteistyön eri tahojen kanssa olleen ajoittain haasteellista. Olemme olleet opinnäytetyöstä vastuussa sekä työn tilaajalle että koululle, mikä on tuonut omat haasteensa työskentelyyn. Työn tilaajan tarpeiden ja samanaikaisesti koulun asettamien oppimistavoitteiden täyttäminen tuntui ajoittain haastavalta. Aluksi yhteistyöongelmia meille aiheutti opinnäytetyön laajuus suhteessa opinnäytetyöprosessin tavoitteisiin. Pääsimme kuitenkin lopulta työelämän yhteistyökumppanin kanssa yhteisymmärrykseen työn laajuudesta keskustelemalla avoimesti käytössä olevista resursseista ja oppimistavoitteistamme. Mielestämme työ vastaa nyt toteutukseltaan ja laajuudeltaan koulumme tavoitteita ammattikorkeakoulutasoisesta opinnäytetyöstä.

Avoin ja ajantasainen yhteydenpito lisäsi ja paransi yhteistyötä työelämän edustajien kanssa. Koko prosessin ajan olemme pyrkineet toimimaan työelämän yhteistyötahojen suuntaan mah-

dollisimman läpinäkyvästi, ja mielestämme olemme tässä onnistuneetkin hyvin. Olemme esitelleet työmme vaiheita kaikissa yhteistyötapaamisessamme. Olemme lähettäneet opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen ja kirjallisuuskatsauksen luettavaksi ja kommentoivaksi työelämän edustajille, jotta työmme teoriaperusta olisi heille tuttu. Lisäksi käytimme viitekehyksen luomisessa avuksi myös työn tilaajapuolen ravitsemusterapeutin asiantuntemusta. Teimme monia erilaisia raakaversioita työstäessämme koskien ravitsemuksen mittaamisen lomaketta ja ravitsemuksen tehostamisen ohjetta. Esittelimme useita versioita työn suunnitteluvaiheessa työelämän edustajille ja keskustelimme aktiivisesti erilaisista toteuttamistavoista niiden suhteen. Pyrimme kuitenkin koko prosessin ajan siihen, että työssä näkyisi meidän ”kädenjälki” ja teorianäyttöön pohjautuva asiantuntijuus.

Opinnäytetyöprosessin aikana työn aikatauluttaminen oli meille erityisen tärkeää. Työn aikana olimme jatkuvassa yhteydessä sekä koulun eri lehtoreihin että työelämän yhteistyökumppaniin, joten asioiden eteenpäin vieminen vei ajoittain paljon aikaa. Tästä syystä työn eri vaiheisiin suunnitelluista aikatauluista oli tärkeää pitää kiinni, jotta prosessi ei olisi venynyt turhaan. Työelämän edustajat myös palautteen perusteella arvostivat sitä, että me huolehdimme sovitusta aikatauluista ja toimimme niiden suhteen itseohjautuvasti. Heti prosessin alussa teimme alustavan aikataulun, joka oli jaettu neljään eri vaiheeseen. Nämä vaiheet olivat opinnäytetyösopimuksen tekeminen tammikuussa 2016, huhtikuussa 2016 tutkimussuunnitelman valmistuminen ja tutkimusluvan (LIITE 4) saaminen, touko-heinäkuussa 2016 kirjallisuuskatsauksen tekeminen sekä ohjeiden työstäminen ja syyskuussa 2016 valmiiden ohjeiden esitleminen työelämässä. Sekä hyvän aikatauluttamisen että toimivan yhteistyön ansioista olimme toukokuussa tehneet valmiiksi työn teoreettisen viitekehyksen, tutkimussuunnitelman, saaneet myöntävän tutkimusluvan, tehneet kirjallisuuskatsauksen ja valmistelleet sekä ravitsemuksen seurantalomakkeen että tehostamishyönteiden aihiot esiteltäväksi työelämän kumppanille.

Ensimmäinen yhteistyötapaaminen ohjeiden tiimoilta käytiinkin jo huhti-toukokuun vaihteessa. Työelämän edustajat olivat hyvin joustavia aikatauluissaan ja saimmekin sovitettua aikataulumme hyvin yhteen heidän kanssaan. Tämä mahdollisti ravitsemuksen seurantalomakkeen ja ravitsemuksen tehostamisen ohjeen valmistumisen jo toukokuun lopussa. Koska saimme opinnäytetyön konkreettiset tuotokset valmiiksi etuajassa, työelämän edustaja pystyi vielä pyytämään hoitohenkilökunnalta palautetta lomakkeista ennen varsinaista ohjeiden esittämistä ja viemistä osaksi hoitotyötä. Näiden mielipiteiden pohjalta ravitsemuksen seurantalomakkeeseen tehtiin vielä viimeiset viimehetken muutokset.

Opinnäytetyöprosessin aikataulu oli mielestämme hyvä tehdä väljäksi, jotta mahdolliset viivästykset tai muut epäsuotuisat yllätykset koulun, työelämän edustajien tai meidän puolelta eivät sotkisi varsinaista valmistumistavoitetta. Työ valmistui alkuperäistä aikataulua aiemmin,

varmasti osittain juurikin sujuvan yhteistyön ansioista. Myös työelämän yhteistyökumppani oli tyytyväinen työn valmistumiseen tässä aikataulussa. Työelämän edustaja tekee ravitsemuksen seurantalomakkeesta ja ravitsemuksen tehostamisen ohjeesta vaikuttavuustutkimusta itsenäisesti meidän opinnäytetyöprosessin valmistuttua. Opinnäytetyömme valmistumisen myötä myös siis heidän oman tutkimuksensa aikataulua voidaan nopeuttaa, millä on lisäksi varmasti positiivinen vaikutus varsinkin niihin hoiva-asumisen asukkaisiin, jotka ovat ravitsemuksen tehostamisen tarpeessa.

Menetelmänä kirjallisuuskatsaus tuki hyvin opinnäytetyömme tavoitetta eli ravitsemuksen seuraamiseen tarkoitetun lomakkeen ja ravitsemuksen tehostamisen ohjeen tekemistä, koska työn konkreettinen tulos tuli perustua tutkitulle tiedolle. Aiheemme kohderyhmä on varsin rajattu, joten katsauksen pohjalta löytynyt materiaali oli vähäistä. Niiden materiaalien pohjalta, joita sisäänottokriteerien mukaan katsaukseen valikoitui, saimme kuitenkin mielestämme kattavan vastauksen asetettuun tutkimuskysymykseen. Tulokset, joita katsaus tuotti, ovat samansuuntaisia Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ja ESPENin suositusten kanssa. Tämä kertoo mielestämme siitä, että niukasta materiaalista huolimatta saimme koostettua luotettavan tietoperustan ohjeille. Tutkimuksista esille nousseet asiat mielestämme tukevat myös sitä, että kattavalle, mutta yksinkertaiselle menetelmälle seurata ikääntyneiden ravitsemusta on ehdottomasti kysyntää.

Kirjallisuuskatsauksen eri vaiheiden toteuttaminen sujui luontevasti. Eri vaiheisiin tutustumisen ja niiden opettelemisen myötä aiheeseen syventyminen tapahtui hyvin luonnollisesti. Tähän vaikutti osaltaan varmasti myös laaja teoreettisen viitekehyksen luominen ennen katsauksen tekemistä sekä kirjallisuuskatsaukseen perehtyminen opinnäytetyön menetelmänä. Katsauksen raportoiminen taulukoiden ja luokittelun avulla tuki hyvin oppimistamme ja helpotti olennaisten asioiden löytymistä. Taulukoinnin ja luokittelun avulla alkuperäistutkimusten sisältö oli selkeämmin jäsennettävissä ja tutkimuksista nousseet merkittävimmät tulokset näin helpompi löytää. Haun tuottaman materiaalin pelkistämisen ja luokittelun jälkeen tulosten kirjoittaminen oli yksinkertaisempaa kuin etukäteen olimme kuvitelleet. Yksinkertaisen ja selkeän tutkimuskysymyksen luominen auttoi myös varmasti tässä. Kirjallisuuskatsauksen tekemisen oppimisesta on varmasti suuri etu meille tulevina sairaanhoitajina. Sen avulla pystymme tulevaisuudessa tarvittaessa tuottamaan hoitotyön kehittämiseen tarvittavaa teoriatietoa lähes mihin tahansa tilanteeseen.

11.2 Opinnäytetyön tuotos ja toiminnallinen osuus

Ravitsemuksen seurantalomakkeen ja ravitsemuksen tehostamisen ohjeen alkuperäinen idea luotiin yhteistyössä työelämän edustajan kanssa ensimmäisessä yhteistyöneuvottelussa heidän

tarpeidensa pohjalta. Työelämän yhteistyökumppaneiden kanssa luodun opinnäytetyösopimuksen mukaisesti ryhdyimme rakentamaan suppeaa, mutta kattavaa, ravitsemuksen seurantalomaketta hyödyntäen jo olemassa olevia mittausten menetelmiä. Ravitsemuksen seurantalomake neuvoo käyttäjää ottamaan ravitsemuksen tehostamisen ohjeen osaksi ikääntyneen ravitsemushoitoa, jos siihen on tarvetta seurantalomakkeen tulosten perusteella. Nämä kaksi tuotostamme tukevat toisiaan ja toimivat yhdessä. Loimme ensin menetelmän ja esimerkkilomakkeen ravitsemuksen seuraamiseen sekä ravitsemuksen tehostamiseen, jonka jälkeen tapaamme työelämän yhteistyökumppanit kysyäksimme heidän kehittämisideoitaan. Koska tuotoksemme sisältö ja ajatus ikääntyneen osallistumisesta oman ateriansa koostamiseen pohjautui suoraan kirjallisuuskatsauksesta nousseisiin faktoihin, meidän oli helppo perustella ohjeiden sen hetkinen muoto ja sisältö. Tapaamisen jälkeen teimme ohjeisiin muutokset, jotka tilaaja meiltä perustellusti pyysi. Työelämän edustajan toiveiden kuuntelemisella pystyimme varmistamaan, että opinnäytetyö todella vastaa työelämän tarpeisiin ja näin varmasti tulee käyttöön tulevaisuudessa. Huomasimme, että näissä tapaamisissa oli tärkeää pystyä perustelemaan omat valintamme tutkimustietoon pohjautuen, jotta työelämään edustaja vakuuttui tuotoksistamme. Ravitsemuksen seurantalomakkeessa ja tehostamisen ohjeessa käsiteltävät teemat valikoitiin yhteistyössä työelämän toiveita ja tarpeita kunnioittaen.

Opinnäytetyömme konkreettinen tuotos oli alun perin suunniteltu tietylle kohdejoukolle, joka täytti seuraavat RAI-ohjelmiston kriteerit: syö itse, jättää syömättä 25-30 % päivittäisistä ruoka-annoksistaan, paino laskenut viimeisen puolen vuoden aikana vähintään 10 % tai 5 % viimeisen kuukauden aikana. Kevään 2016 aikana kävimme keskusteluja työelämän edustajan kanssa siitä, kuinka monta kaikki kriteerit täyttävää ikääntynyttä tulisi löytymään Kauklahden Elä ja asu -seniorikeskuksesta. Sovimme tuolloin, että tarvittaessa he voisivat ottaa teke-mämme ravitsemuksen seurantalomakkeen ja ravitsemuksen tehostamisen ohjeen käyttöön joukolle, joka täyttäisi edes osan etukäteen sopimistamme kriteereistä, jos kaikki kriteerit täyttäviä asukkaita ei löytyisi tarpeeksi. Työmme kohdejoukkoa ei kuitenkaan muutettu. Lopujen lopuksi RAI -ohjelmiston mukaan Kauklahdessa oli 18.7.2016 vain kaksi asukasta, jotka täyttivät painon laskun kriteerin ja 18 asukasta, jotka jättivät toistuvasti aterioistaan syömättä 25% tai enemmän (Lind, 2016). Lopulta ravitsemuksen seurantalomake ja ravitsemuksen tehostamisen ohje esiteltiin ja otettiin käyttöön kymmenelle hoitohenkilökunnan tästä joukosta valitsemalle ikääntyneelle. Ikääntyneet valikoituvat sen mukaan, kenelle hoitohenkilökunta koki työstämme olevan eniten hyötyä.

Opinnäytetyön konkreettisen tuotoksen, ravitsemuksen seurantalomakkeen ja tehostamisen ohjeen, valmistuttua kävimme opinnäytetyösopimuksen mukaisesti Espoossa Kauklahden Elä ja Asu-seniorikeskuksessa esittelemässä opinnäytetyömme aihetta ja tekemiämme lomakkeita. Osastotunti pidettiin keskiviikkona 10.8.2016. Osastotunnille osallistui 18 hoitohenkilö-

kunnan jäsentä sekä Espoon kaupungin vanhuspalveluiden ravitsemusterapeutti. Olimme tyytyväisiä osallistuneiden määrään, sillä kesälomakausi oli edelleen kesken ja se aiheutti henkilökunnan osallistumiseen omat ongelmansa.

Pidimme hoitohenkilökunnalle esityksen opinnäytetyöstämme, kirjallisuuskatsauksesta, sen tuloksista ja työmme viitekehystä. Osastotunnilla käytiin läpi kaikki kirjallisuuskatsauksen tuloksista muodostuneet pääluokat, joilla katsotaan olevan vaikutusta ikääntyneen ravitsemustilaan. Toimintakyky ja hoitohenkilökunnan tieto-taito ei ole nostettu ravitsemuksen seurannan lomakkeeseen tai tehostamisen ohjeeseen näkyväksi, joten näitä tekijöitä pyrittiin painottamaan ja niistä keskustelemaan yhdessä osastotunnin aikana. Työelämän yhteistyökumppanin toiveiden mukaan osastonnilla yhdeksi esityksemme osa-alueeksi nostettiin proteiinin lähteet, jotta henkilökunnalle ei jäisi epäselväksi mitä proteiini on, mistä kaikkialta sitä saa ja mikä merkitys sillä on ikääntyneen ravitsemuksessa. Opinnäytetyön prosessin, viitekehysten ja kirjallisuuskatsauksen tulosten lisäksi esittelimme hoitohenkilökunnalle tekemämme ravitsemuksen seurantalomakkeen ja ravitsemuksen tehostamisen ohjeen.

Osastotunnin pitäminen hoitohenkilökunnalle tuntui luontevalta, sillä aihe oli tullut meille jo niin tutuksi, että sen esitleminen oli helppoa. Koska ravitsemus on meille muutenkin tuttu, mieluisa ja läheinen aihe, siitä kertominen tuntui luontevalta ja tärkeältä. Osastotunnin pitäminen oli myös opettava kokemus ja antoi meille lisää esiintymisvarmuutta. Hoitohenkilökunta suhtautui tekemäämme ravitsemuksen seurantalomakkeeseen sekä ravitsemuksen tehostamisen ohjeeseen hyvin. Osastotunnin jälkeen oli varattu aikaa kommentointiin ja kysymyksiin, jolloin ilmapiiri selvästi vapautui ja kommunikointi helpottui sekä muuttui selvästi avoimemmaksi.

Ohjeessa olevat ruoka-ainekomponentit ovat valittu yhdessä työelämän edustajien kanssa, mutta silti hoitohenkilökunta pohti niiden saatavuutta. Saatavuuden lisäksi kysymyksiä herätti tasa-arvo ravitsemuksen tehostamista käyttävien asukkaiden ja niiden asukkaiden välillä, joilla ohje ei ole käytössä. Ravitsemuksen tehostamista voidaan mielestämme verrata mihin tahansa yksilölliseen ruokavalioon tai vieläkin pelkistettynä, mihin tahansa perusauttamismenetelmään. Mielestämme ohjeen käyttö voidaankin perustella asukkaan virheravitsemustilan myötä hoitotoimenpiteenä tai auttamismenetelmänä, joka on välttämätöntä asukkaan hyvinvoinnin kannalta. Tekemämme kirjallisuuskatsauksen mukaan juurikin ikääntyneen valinnan vapautta lisäämällä voidaan parantaa hänen ravitsemustilaa. Kehotimme hoitohenkilökuntaa harjoittelemaan rauhassa ravitsemuksen seurantalomakkeen täyttöä, jotta sen käyttö hoitotyötä tehdessä onnistuisi mutkattomasti. Tarkoitus on, että lomakkeen täyttäminen ei vie kohtuutonta aikaa hoitajilta vaan sen käyttäminen onnistuu yhtä vaivattomasti kuin tavan-

omaisen nestelistan käyttö. Uskomme, että lomakkeen täyttö ei siis tulisi aiheuttamaan henkilökunnalle kohtuutonta ylimäärästä työkuormaa, kun sen käyttöä harjoittelee ennen varsinaista käyttöönottoa.

Hoitohenkilökunta pohti ravitsemuksen lomakkeen käytettävyyttä ikääntyneille, jotka ei täytä RAI- mittariston kriteerejä. Tekemämme ravitsemuksen seurantalomake ja tehostamisen ohjeistus ovat suunniteltu siten, että niiden käyttö on tulevaisuudessa kenelle tahansa ympärivuorokautisessa hoivassa asuvalle ikääntyneelle mahdollista. Hoitohenkilökunta haluaisi ottaa ohjeet käyttöön esimerkiksi niille ikääntyneille, joiden painoindeksi on korkea, mutta he kuitenkin jättävät päivittäisistä aterioistaan syömättä pääsääntöisesti vähintään puolet. Mielestämme tämä osoitti hoitohenkilökunnan ymmärtäneen ravitsemuksen seurantalomakkeen perimmäisen ajatuksen: lomaketta voidaan käyttää kohdejoukon ulkopuolella heti, kun huoli ravitsemuksellisesta tilasta herää. Myös ravitsemuksen tehostamisen ohjetta voidaan hyödyntää kohdejoukon ulkopuolella olevien asukkaiden kohdalla aina kun se koetaan tarpeellisenä.

Osastotunnin jälkeen ravitsemuksen tehostamisohje esiteltiin kymmenelle valikoidulle ikääntyneelle. Kokemuksena ohjeiden esitleminen ikääntyneille oli hyvä ja mielenkiintoinen. Joidenkin kanssa ohjeiden läpi käymistä vaikeutti ikääntyneen heikentynyt toimintakyky, esimerkiksi muistisairaudesta. Osalla ikääntyneistä oli kommunikointiongelmia aiheuttavia tekijöitä, kuten kuulon alenemaa, mikä jonkin verran toi haasteita tilanteisiin. Olemme työskennelleet aiemmin ikääntyneiden kanssa, joten rauhallisuus sekä selkeä ja tarpeeksi kova puheääni tilanteissa oli meille itsestäänselvyys. Joidenkin luona oli mukana hoitohenkilökunnan jäsen, mutta koimme ettei se olisi ollut välttämätöntä. Vaikka kaikki ikääntyneet eivät kommunikoineetkaan puhumalla, emme kokeneet sitä ongelmaksi vaan otimme muut kommunikointikeinot käyttöön. Saimmekin käytyä ohjeet läpi jokaisen kohderyhmään kuuluvan ikääntyneen kanssa opinnäytetyösopimuksen mukaisesti.

Ennen ohjeiden esitlemistä ikääntyneille kävimme henkilökohtaisesti läpi jokaisen kanssa projektin tavoitteet, tarkoituksen, projektiin osallistumiseen kuluvan ajan sekä selvitimme, että osallistuminen on vapaaehtoista. Valitusta kohdejoukosta kukaan ei kieltäytynyt osallistumasta, mikä oli erityisesti opinnäytetyöprosessin etenemisen kannalta oleellinen asia. Jos moni olisi kieltäytynyt osallistumasta, olisimme voineet joutua karsimaan vielä lisää kriteereitä tai jopa kohdata tilanteen, jossa tehostamisen ohjetta ei olisi voinut esitellä ja ottaa käyttöön ollenkaan. Esittelytilanteet tehtiin päivän hoitotoimenpiteiden välissä. Esittelytilanteet pyrittiin toteuttamaan ikääntyneiden omissa huoneissa, sillä yleisissä tiloissa olisi ollut liian levotonta ohjeiden perusteelliseen läpi käymiseen. Joidenkin ikääntyneiden luona oli mukana hoitohenkilökunnan jäsen auttamassa kommunikoinnissa.

Ravitsemuksen seurantalomakkeen osalta ikääntyneelle kerrottiin, että heidän syömistottumuksiaan tullaan seuraamaan lomakkeen avulla. Asukkaille painotettiin, ettei se aiheuta mitään poikkeavaa heidän normaalin ateriointiinsa ja, että heidän ei tarvitse huolehtia siitä mitenkään. Hoitohenkilökunta tulee täyttämään ohjetta ja huolehtimaan siitä, että kaikki ruuat ja juomat tulee seurantavuorokauden ajalta siihen merkittyä. Mikäli ikääntyneen päivittäisessä ruokailussa ilmenee tarvetta ottaa käyttöön ravitsemuksen tehostamisen ohje, otetaan se käyttöön mahdollisimman pian.

11.3 Hoitohenkilökunnan palaute

Hoitohenkilökunta suhtautui tekemäämme ravitsemuksen seurantalomakkeeseen sekä ravitsemuksen tehostamisen ohjeeseen alun epäilyjen jälkeen erittäin hyvin. Emme keränneet hoitohenkilökunnalta kirjallista palautetta, mutta osastotunnin aikana heidän positiivinen suhtautuminen ohjeisiin näkyi kiinnostuksena, lisäkysymysten esittämisenä ohjeen käyttöön liittyen sekä kommentteina siitä miten suuren työn olemme tehneet. Saimme myös palautetta ravitsemuksen tehostamisen ohjeessa käytettävästä ruuan valintamenetelmästä. Hoitohenkilökunta jäi pohtimaan asukkaiden valinnanvapauden lisääntymistä, yhteistyötä seniorikeskuksen keittiön ja tukkukaupan kanssa sekä sitä, riittääkö heidän aikansa ravitsemuksen seurantalomakkeen täyttämiseen. Mietimme itsekkin tätä koko prosessin ajan, mutta tulimme siihen tulokseen, ettei kyse kuitenkaan olisi niin isosta ja aikaa vievästä asiasta. Koska ohjeen sisältävät tuotteet löytyvät keittiön raaka-ainevalikoimasta ja ohjeen käyttöönotto vie vain muutama päivä hetken aikaa, emme usko, että se tulisi lisäämään henkilökunnan työkuormaa.

Ravitsemuksen mittaamisen lomake oli saanut palautetta sekavuudesta ja vaikeasta hahmotettavuudesta, kun työelämän edustaja oli kerännyt kommentteja ohjeesta ennen ohjeen varsinaista esittelyä osastotunnilla. Moni kommentoi osastotunnin jälkeen, että ymmärrettyään seurantalomakkeen idean, se ei enää vaikuttanut sekavalta. Saadun palautteen pohjalta lomaketta kuitenkin muutettiin nestelistan osalta. Lomake ja ohje tehtiin alusta asti työelämän kumppanien kanssa yhteistyössä heidän tarpeidensa mukana. Jäimme kuitenkin pohtimaan, olisiko ollut hyvä ottaa myös varsinaisen hoitohenkilökunnan edustaja heti projektin alkuvaiheessa mukaan työmme suunnitteluun. Olisimme voineet hyötyä hoitohenkilökunnan työkokemuksesta ja asiantuntijuudesta.

Myös nestelistassa käytettäviä termejä käsiteltiin ja pohdittiin osastotunnilla. Alkuperäisessä työversioissa nestelistassa oli käytössä termit nesteet, kahvi, tee ja lisäravinteet. Termit muutettiin kuitenkin ruokajuoma, janojuoma ja tehojuomat termeiksi hoitohenkilökunnan ja ravitsemusterapeutin toiveiden mukaisesti. Osastotunnin jälkeen saadun palautteen myötä jäimme pohtimaan termejä edelleen. Tässä kohtaa niitä ei enää muutettu, sillä lomake oli to-

dettu valmiiksi jo aiemmin. Jäimme kuitenkin pohtimaan, että alkuperäiset termit olisivat olleet selvemmat. Tätä mieltä oli myös hoitohenkilökunta, kun myöhemmin heidän kanssa keskustelimme. Tässä asiassa tuli hyvin esille se, että olisimme voineet hyödyntää ja huomioida heti prosessin alusta alkaen hoitohenkilökunnan työkokemusta ja asiantuntijuutta.

Hoitohenkilökunnan suullisen palautteen mukaan pidetyn osastotunnin sisältö koettiin hyväksi ja tarpeelliseksi. Ikääntyneen virheravitsemuksesta kertominen sai positiivista palautetta. Hoitohenkilökunnan mukaan oli hyvä asia, että puhuimme virheravitsemuksesta emmekä ikääntyneen aliravitsemuksesta tai ylipainosta, sillä he tunnistavat hoitotyön arjessa tilanteita, joissa ikääntyneen tilaa kuvaa paremmin nimenomaan virheravitsemustila kuin varsinaisen yli- tai alipaino. Ravitsemuksen mittaamisen lomakkeen ja ravitsemuksen tehostamisen ohjeen esitleminen oli saadun palautteen mukaan selkeästi toteutettu. Lisäksi hoitohenkilökunta koki kehittämämme nopean ja selkeän menetelmän ravitsemuksen seuraamiseen ja sen tehostamiseen erittäin tärkeäksi ja hyödylliseksi, koska heiltä sellainen hoitotyön arjesta puuttui. Jokaisella osastotunnille osallistuneelle jaettiin omat kappaleet lomakkeesta ja ohjeesta, myös mikä koettiin hyvänä asiana. Proteiinin lähteiden kertaamista pidettiin myös tarpeellisenä. Vaikka hoitohenkilökunnalta ei suoranaisesti tullut palautetta tai tarpeen olostusta uuden osastotunnin pitämisestä lomakkeen ja ohjeen kertaamisen suhteen, sanaton viestini ja lisäkysymykset tilaisuuden jälkeen antoivat ymmärtää, että tarvetta asian kertaamiselle olisi voinut olla.

11.4 Ikääntyneiden palaute

Ikääntyneet kokivat hyvänä ja tärkeänä asiana heille tarkoitettussa tehostamisohjeessa sen, että sen avulla he saavat itse vaikuttaa aterian koostamiseen. Valinnanvapaus koettiin tärkeäksi syödyn ruuan määrää ajatellen. Moni ikääntyneistä koki, että on tärkeää päästä itse vaikuttamaan omaan ruokailuunsa, koska ”ruoka voi maistuaikin paremmin”. Ravitsemuksen tehostamisen ohjeesta löytyi kaikille ikääntyneille useampi komponentti, millä he voisivat rikastuttaa aterioidensa sisältöä. Osa ikääntyneistä piti esimerkiksi raejuuston mahdollisuutta hyvänä, myös pähkinät koettiin erittäin mielekkäänä vaihtoehtona. Lisäksi erityisesti esille nousi kuva vesilasista, mikä ikääntyneiden mukaan auttoi muistamaan juoda tarpeeksi, koska ”heti tuli jano, kun katsoi kuvaa”. Hyvänä asiana ikääntyneiden keskuudessa koettiin myös se, että ravitsemukseen kiinnitetään huomiota, sillä monelle ruokailu tuntui olevan merkittävä osa päivärutiineja. Jatkossa ravitsemuksen seuraamisen ja tehostamisen ohjetta voi kehittää aina hoitotyön tarpeiden mukaan, kuitenkin niin, että työn tekijänoikeus pysyy opinnäytetyön tekijöillä.

11.5 Työelämän yhteistyökumppanien palaute

Saimme palautetta jokaisessa opinnäytetyöprosessin vaiheessa yhteistyökumppanilta. Saadun palautteen avulla pysyimme hyödyntämään työn eri vaiheissa esimerkiksi ravitsemusterapeutin ammattitaitoa. Ravitsemuksen seuraamisen lomake ja ravitsemuksen tehostamisen ohje on konkreettisen yhteistyön tulos. Prosessin loppuvaiheessa pyysimme erikseen palautetta, jossa yhteistyökumppanimme mukaan työskentelyssämme näkyi kumppanuus ja toisen arvostus. Toisen mielipiteiden ja ammattitaidon kunnioittaminen oli osa työskentelytapamme. Nämä piirteet tulivat esiin esimerkiksi ravitsemuksen seuraamisen ohjeen muokkauksen yhteydessä.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata hoiva-asumisen yksikössä asuvan ikääntyneen ravitsemuksen ja sen seuraamisen tehostamista ja tavoitteena oli tuottaa ohjeistus hoiva-asumisen yksikköön ravitsemuksen seuraamisesta ja ravitsemuksen tehostamisesta. Omasta mielestämme ja työelämän yhteistyökumppanilta saadun palautteen perusteella olemme onnistuneet kehittämään täysin uudenlaisen ja erittäin tarpeellisen lomakkeen ja menetelmän ikääntyneiden ravitsemuksen seurantaan ja tehostamiseen olemassa olevia resursseja hyväksi käyttäen. Ne ovat käytettävyydeltään yksinkertaisia ja ikääntyneille sopivia. Lisäksi olemme onnistuneet kuvaamaan ikääntyneen ravitsemukseen tehostamista siten, että työtämme voidaan käyttää ravitsemuksen tietopakettina esimerkiksi uusille työntekijöille.

Osana opinnäytetyötämme olemme olleet mukana kehittämässä Espoon Kaukalahden Elä ja asu-seniorikeskuksen ravitsemushoitoa uuteen suuntaan luomalla täysin uuden ravitsemuksen seurantamenetelmän hoitohenkilökunnalle arjen työkaluksi. Ravitsemuksen seurantalomake ei ole sidoksissa erilliseen toimintakykymittaristoon, jonka avulla ikääntyneiden ravitsemustilaa on aiemmin arvioitu, vaan lomake on helppo käyttää ja nopea ottaa käyttöön aina tarvittaessa hoitotyön arjessa. Työelämän yhteiskumppanin mielestä meidän kiinnostus aiheetta kohtaan ja sitoutuneisuus projektiin auttoi prosessin etenemisessä ja helpotti yhteistyötä eri tahojen kanssa. Itsekin koemme, että yhteistyö työelämän edustajien kanssa oli sujuvaa koko prosessin ajan juuri hyvän kumppanuuden ja molemmin puolisen arvostuksen johdosta.

12 Opinnäytetyön hyödynnettävyys tulevaisuudessa

Tällä hetkellä ravitsemuksen seurantalomake ja tehostamisen ohje otettiin käyttöön joukolle, jolla tiedettiin jo etukäteen olevan kohonnut riski virheravitsemukseen RAI -mittariston perusteella. Tulevaisuudessa ohjeita on tarkoitus käyttää tilanteissa, joissa hoitohenkilökunnalle on herännyt huoli ikääntyneen ravitsemuksesta jostakin syystä sekä tilanteissa, joissa hoiva-

asumisen yksikössä on tarkoituksenmukaista seurata ikääntyneen ravitsemusta. Esimerkiksi uuden asukkaan tullessa tai pitkän sairaalajakson jälkeen voi olla tarpeellista seurata asukkaan ruokailutottumuksia. Ohjeita voidaan käyttää millä tahansa kohderyhmällä yleisen ohjeen tapaan.

Jatkossa seurantalomake ja tehostamisen ohje voidaan ottaa käyttöön mille tahansa ikääntyneiden joukolle, missä tahansa ympärivuorokautista hoitoa tarjoavassa yksikössä, mikä osaltaan lisää opinnäytetyön tuotoksen käytettävyyttä ja tarpeellisuutta tulevaisuudessa. Ravitsemuksen seurantalomakkeen ja tehostamisen ohjeen käyttö ei ole sidoksissa ikääntyneen hoitopaikkaan tai kohderyhmään. Ohjeet on luotu ikääntyneiden ravitsemusta koskevista tutkimuksista ja ravitsemussuosituksista. Nämä suositukset ovat samoja kaikilla ikääntyneillä, eivätkä muutu sen mukaan onko ikääntynyt hoidossa hoiva-asumisen yksikössä, intervalliyksikössä vai terveyskeskuksen vuodeosastolla. Jatkossa ravitsemuksen tehostamisen ohjetta voi kehittää sen mukaan millaiset ruokavaihtoehdot koetaan mielekkäiksi tai millaisia ruoka-aine vaihtoehtoja ohjetta käyttävällä organisaatiolla on tarjota.

Koska luomamme ravitsemuksen seurantalomake on hyvin selkeä ja yksinkertainen, eikä siinä lasketa esimerkiksi kalorimääriä tai proteiinin grammamääriä, voi se toimia muillakin kuin ikääntyneillä nopeana ja helppona tapana selvittää sen hetkisiä ruokailutottumuksia ja ravitsemustilaa. Mielestämme seurantalomake sopisi käyttöön myös esimerkiksi pitkäaikaisesta sairaudesta tai vaikeasta tapaturmasta toipuville, joilla on tilansa takia kohonnut riski virheravitsemukseen ja erityisesti lisääntynyt proteiinintarve sairauden tai vamman jäljiltä tai vuodelevosta johtuen.

Espoon kaupunki aikoo ehdottomasti ottaa käyttöön luomamme seurantalomakkeen ja ravitsemuksen tehostamisen ohjeen Kauklahden seniorikeskuksessa. He myös tekevät omaa vaikuttavuustutkimusta luomastamme ravitsemuksen seuranta lomakkeesta ja sen tehostamisen vaikutuksista. He tutkivat vaikuttavuutta yhden kuukauden ja kuuden kuukauden kuluttua ohjeiden käyttöön otosta. Ikääntyneiltä kerätään taustatietoina RAI -mittariston ravitsemusosien tiedot, paino, painonmuutos ja ruoanseurantalomakkeen antama tieto. Koska vaikuttavuustutkimuksen tulokset ovat työn hyödynnettävyyden kannalta erittäin mielenkiintoisia, toivomme, että saamme kuulla ne sekä heidän kokemuksia seurantalomakkeen ja tehostamisen ohjeen käytöstä osana käytännön hoitotyötä.

Lähteet

Painetut lähteet

- Aapro, S., Kupiainen, H. & Leander, M. 2008. Ravitsemushoito käytännössä. Helsinki: WSOY.
- Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. 2009. Ravitsemushoitotyössä. Helsinki: Edita.
- Haglund, B., Hakala-Lahtinen, P., Hupponen, T. & Ventola, A-L. 2007. Ihmisen ravitsemus. 9.painos. Helsinki: WSOY.
- Heikkinen, H., Tiainen, S. & Torkkola, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uusittu painos. Helsinki: Tammi.
- Hyytinen, M., Mustajoki, P., Partanen, R. & Sinisalo-Ojala, L. 2009. Ravitsemushoito opas. Helsinki: Duodecim.
- Jekkonen, T., Muurinen, S., Soini, H., Suominen, M., Suur-Uski, I. & Pitkälä, K. 2008. Helsinki-läisten iäkkäiden palveluasukkaiden ravitsemustila 2007. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2008 : 2.
- Johansson, K., Axelin, A., Stolt M. & Ääri R-L. 2007. Systeemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja. Sarja A51. Turun yliopisto.
- Kankaanpää, S. & Piehl, A. 2011. Tekstintekijän käsikirja. Opas työssä kirjoittaville. Helsinki: Suomen Yrityskirjat Oy.
- Kauppinen, A., Nummi, J. & Savola, T. 2010. Tekniikan viestintä. Kirjoittamisen ja puhumisen käsikirja. Helsinki: Edita.
- Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kotiranta, K., Schroderus, T. & Sertti, P. 2007. Liikunta & ravinto -hyvän kunnon käsikirja. Jyväskylä: WSOY.
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. 2. painos. Tampere: Vastapaino.
- Mittarikäsikirja. 2013. Laitoshoidon RAI. RAI-LTC. Raisoft. Julkaistu: 28.2.2013.
- Puranen, T. & Suominen M. 2012. Ikääntyneen ravitsemus - opas ravitsemuksen arviointiin ja ravitsemushoitoon. Suomen Muistiasiantuntijat Ry.
- Saarela, R. 2014. Oral and nutritional problems among residents in assisted living facilities. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, kliininen laitos. Helsinki.
- Ravitsemushoito. 2010. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki: Edita.
- Ravitsemussuosituksat ikääntyneelle. 2010. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki: Edita.
- Sinisalo, L. 2015. Ravitsemus hoitotyössä. 2. uudistettu painos. Helsinki; Edita.

Suominen, M. 2008. Ikääntyneen ravitsemus ja erityisruokavaliot - Opas ikääntyneitä hoitavalle hoitohenkilökunnalle. 7. uudistettu painos. Ravitsemusterapeuttien yhdistys Ry.

Suominen, M., Soini, H., Muurinen, S., Strandberg, T. & Pitkälä, K. 2005. Ikääntyneiden ruokailutottumukset, ravinnon saanti ja ravitsemustila suomalaisissa tutkimuksissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti - Journal of Social Medicine 2012:49:170-179

Stolt, M. Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Turun yliopisto.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 7. uusittu painos. Helsinki: Tammi.

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi

Sähköiset lähteet

Aro, M. 2008. Ikäihmisen aliravitsemus on yleistä. Diabetes ja lääkäri, vol. 37, no. 5. 7-10
http://www.diabetes.fi/files/39/Diabetes_ja_laakari_-lehti_5_2008.pdf

Deutz, N., Bauer, M., Barazzoni, R., Biolo, G., Boirie, Y., Bosy-Weatphal, A., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Krznaric, K., Nair, S., Singer, P., Teta, D., Tipton, K. & Carder, P. 2014. Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: Recommendations from the ESPEN Expert Group. Clinical Nutrition 33 (2014) 929-936. Viitattu 1.2.2016
<http://www.espen.org/files/PIIS0261561414001113.pdf>

Hakala, P. 2015. Ikääntyneiden ravitsemus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 1.2.2016.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01086&p_haku=ik%C3%A4%C3%A4ntyneiden%20ravitsemus%3C#s2

Osteoporoosi (online). Käypähoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Endokrinologiyhdistyksen ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 29.2.2016). Saatavilla internetistä: www.kaypahoito.fi

Raisoft. 2014. Viitattu 13.11.2014.
<http://www.raisoft.com/fi/etusivu/>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja halintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisu 62, Julkisjohtaminen 4. Vaasa. Viitattu 31.1.2016 .
http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Schlettwein-Gsell & Barclay. 1996. Longitudinal changes in dietary habits and attitudes of elderly Europeans. European Journal of Clinical Nutrition. 1996 Jul;50 Suppl 2:S56-66. Viitattu 8.5.2016. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8841785

Suominen, M. Muurinen, S. Routasalo, P. Soini, H. Suur-Uski, I. Peipponen, A. Finne-Soveri H. & Pitkälä, KH. 2005. Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. European Journal of Clinical Nutrition 59, 578-583. Viitattu 14.4.2016
<http://www.nature.com/ejcn/journal/v59/n4/full/1602111a.html>.

THL. 2016 a. RAI-järjestelmän rakenne. Viitattu 30.3.2016.
<https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelujen-ja-hoidon-laatu/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta/rai-jarjestelman-rakenne>

THL. 2016 b. Mikä on RAI? Viitattu 30.3.2016.

<https://www.thl.fi/fi/web/ikaantuminen/palvelujen-ja-hoidon-laatu/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta/mika-on-rai>

THL. 2016 c. RAI-järjestelmän tärkeimmät sisältöalueet. Viitattu 30.3.2016.

<https://www.thl.fi/fi/web/ikaantuminen/palvelujen-ja-hoidon-laatu/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta/rai-jarjestelman-rakenne/rai-jarjestelman-tarkeimmat-sisaltoalueet>

Julkaisemattomat lähteet

Kempainen, T. & Lind M. 2016. Yhteistyötapaaminen 10.6.2016

RAI-Yleiskatsaus. 2014. RaiSoft-ohjekansio. Sahanmäen palvelukeskus 10.11.2014.

Kuviot

Kuvio 1: Ikääntyneiden ryhmät jaoteltuna toimintakyvyn, sairauksien ja avuntarpeen mukaan (Puranen & Suominen, 2012, 9 mukaillen)	9
Kuvio 2: Ikääntyneiden virheravitsemukseen johtavia tilanteita (Suominen 2008, 54).	14

Taulukot

Taulukko 1 Ikääntyneen energiantarve	10
Taulukko 2 Opinnäytetyön alustava aikataulu	25
Taulukko 3 Kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja ulosjättökriteerit	26
Taulukko 4 Hakutulosten vaiheittainen valintaprosessi	26
Taulukko 5 Esimerkki kolmen pääluokan analyysin etenemisestä	28
Taulukko 6 Kirjallisuuskatsauksen perusteella muodostetut pääluokat	32

Liitteet

Liite 1 Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten taulukointi	56
Liite 2 Ravitsemuksen mittaamisen lomake	59
Liite 3 Ravitsemuksen tehostamisen ohje	60
Liite 4 Tutkimuslupa	62

Liite 1 Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten taulukointi

Tutkimusaineiston nimi, tekijä/-t ja julkaisuvuosi	Tutkimuksen aihe ja tarkoitus	Tutkimuksessa käytetty menetelmä	Tutkimuksen otos	Tutkimuksen keskeisimmät tulokset
Helsingin kaupungin palveluasumisen asukkaiden ravitsemustila 2007 Tiina Jekkonen, Seja Muurinen, Helena Soini, Merja Suominen, Irmeli Suur-Uski ja Kaisu Pitkälä Julkaisuvuosi 2008	Tutkimuksessa oli tarkoitus kuvata ikääntyneiden helsinkiläisten palveluasumisen piirissä olevien ravitsemustilaa sekä selvittää ravitsemustilaan vaikuttavia tekijöitä ja hoitokäytänteitä	Kvantitatiivinen tutkimus, aineisto analysoitu NCSS ja SPSS tilastointi ohjelmalla. Iäkkäille tehtiin MNA testi sekä strukturoitu taustatekijöitä kartoittava kysely. Tämän lisäksi palveluasumisen yksiköiden johtajat täyttivät strukturoidun kyselylomakkeen ravitsemuksen laatuindikaattoreista sekä yksiköiden ravitsemuksen toteutustavoista.	Perusjoukkona kaikki helsinkiläiset palveluasumisen piirissä olevat iäkkäät N= 2084, joista tutkimukseen valittiin ne iäkkäät joita olivat palvelutalon tai palvelun piirissä N= 1603 Lopullinen N 1603 koostui 36:sta eri palveluasumisen yksiköstä, joista 33:n johtajat vastasivat kyselyyn. Ikääntyneiden keski-ikä oli 83 vuotta.	MNA testien perusteella tutkimukseen osallistuneiden ravitsemustila olki hyvä 24 %, 60 % osallistuneista oli virheravitsemusriskissä ja 14 % oli todettavissa virheravitsemustila. Hyvään ravitsemustilaan vaikuttavia tekijöitä ovat parisuhteessa eläminen, normaali tai melko hyvin syöminen, mahdollisuus annostella tai valita ruoka-annos itse tai avustettuna, säännöllinen painon seuranta, hyvä suuhygienia, elämän tyytyväisyys ja itsensä tarpeelliseksi kokeminen. Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että ikääntyneen ravitsemustilaa tulee seurata säännöllisesti. Ruoka-aikoihin ja ruokailujen väliin jäävällä ajalla on merkitystä ruokahaluun. Säännöllisten välipalojen ja D-vitamiinilisän tarjoamisella voidaan parantaa ikääntyneiden ravitsemuksen tilaa. Suuhygienialla on merkitystä ravitsemuksen onnistumisen kannalta. Ulkoilu- ja säännöllinen liikkuminen sekä masentuneisuuden tunnistaminen/ hoitaminen ikääntyneillä on tärkeää.

Oral and nutritional problems among resedents in assisted living facilities Saarela, R. Julkaisu vuosi 2014	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia hampaiden hoidon, hampaiston, suuoireiden ja suun terveyden huollon käytön yhteyttä ravitsemukseen ja ravitsemustilaan Helsingin ja Espoon alueen ympärivuorokautisissa hoitopaikoissa	Kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen menetelmän yhdistelmä. Strukturoitu kyselylomake suunhygieniasta, suun oireita ja suun terveyden huollon palveluiden käytöstä sekä toimintakyvystä ja terveydentilasta. MNA testi sekä yhden päivän ruokapäiväkirjan pitäminen. Tutkimusjoukko jaettu kolmeen ryhmään hampaiston perusteella. Tutkimusaineisto analysoitu tilastollisilla menetelmillä (ristintaulukointi, Fisherin testi, Mann-Whitney U-testi/ Kruskal-Wallis testi)	Tutkimusjoukko koostui yli 65 vuotiaista, N= 1475 Osallistuneiden keski-ikä 83 vuotta	22 % tutkimukseen osallistuneista omasi hyvän ravitsemustilan, 65 % oli vajaaravitsemusriskissä ja 13 % selkeästi vajaaravittuja. Epäsäännöllinen hampaiden hoito on yhteydessä terveydentilaan ja ravitsemustilaan. Osallistuneiden ravitsemustilan todettiin olevan merkittävästi yhteydessä suuhygieniaan. Nielemisvaikeudet ovat yhteydessä vajaaravitsemukseen.
Malnutrition and associated factors among residents in all nursing homes in Helsinki Suominen, M. Muurinen, P. Routasalo, P. Soini, H. Suur-Uski, I. Peipponen, A. Finne-Soveri, H. & Pitkälä K-H. Julkaisu vuosi 2005	Selvittää Helsingin hoitokotien asukkaiden ravitsemustilaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä	Kvantitatiivinen tutkimus, ravitsemustilaa arviointiin MNA testin avulla ja taustatekijät iästä, sukupuolesta ja toimintakyvystä kerättiin strukturoidulla lomakkeella. Tutkimus suoritettiin kahden viikon aikana kaikissa vanhainkodeissa samanaikaisesti vuonna 2003. Tutkimustulokset analysoitiin NCSS ohjelmiston avulla.	Tutkimukseen osallistui kaikki Helsingin alueen 92 hoitokotia, tutkimukseen osallistui 2114 ikääntynyttä joiden keski-ikä oli 82 vuotta	Kolmasosa tutkituista ikääntyneistä oli aliravittuja. Aliravitsemus liittyi naissukupuoleen, pitkäaikaiseen asumiseen vanhainkodissa, toimintakyvyn alentumiseen, dementiaan, aivohalvaukseen, ummetukseen ja nielemisvaikeuksiin. Aliravitsemustilasta kärsivät jättivät syömättä ruoka-annoksistaan pääsääntöisesti alle puolet, he eivät syö välipaloja ja ikääntyneiden painoa ei seurattu säännöllisesti. Ravinnon energiatihyettä lisäämällä välipaloin, täydennysravintovalmisteita käyttämällä ja hoitohenkilökunnan ravitsemustietoutta parantamalla voidaan aliravitsemusta ehkäistä tai ravitsemustilaa jopa parantaa.
Ikäihmisen aliravitsemus on yleistä Aro, A.	Artikkeli lehdessä Diabetes ja lääkäri	Tutkimuksessa käytetty kirjallisuus lähteenä Suominen M, Muurinen S, Routasalo P, ym. Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in		Ikääntyneiden kohdalla oleellista on puntaroida sairauksien ja niiden

<p>Julkaisu vuosi 2008</p>		<p>Helsinki. Eur J Clin Nutr 2005;59:578-583 2. Käyttäjän opas. Ravitsemustilan arviointi, MNA-arviointikaavake. www.gernet.fi/ohjeet/mna_uusi.html 3. Suominen MH, Sandelin E, Soini H, Pitkala KH. How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients? Eur J Clin Nutr (19 Sep 2007),doi:10.1038/sj.ejcn.1602916 4. Suominen MH, Kivisto SM, Pitkala KH. The effects of nutrition education on professionals' practice and on the nutrition of aged residents in dementia wards. Eur J Clin Nutr 2007;61:1226-1232</p>		<p>riskitekijöiden suhdetta riittävään energian saantiin. Tiukkojen ravitsemussuosituksen noudattamisen sijaan yksilöllinen energian tarpeen tyydyttäminen ja mieltymysten toteuttaminen voi parantaa huomattavasti kääntyneen ravitsemustilaa. Ravinnon energian tiheyden lisääminen välipaloin ja rasvojen avulla on hyvä keino ravitsemustilan hoidossa.</p>
--------------------------------	--	---	--	---

Liite 2 Ravitsemuksen mittaamisen lomake

Ateriakohtainen ruokailun seuranta
päiväys:

Asukkaan perustiedot
Nimi: _____
Noudatettava ruokavalio: _____
Paino: _____ Painon muutos: _____

Annoskoko: ☐ Pieni 1400kcal: ☐ Normaali 2000kcal: ☐ Suuri 2500kcal: ☐ Tehostettu ruokavalio ☐

RUOKAILUT ATERIOITTAIN

Laita rasti syöttyä ruokamäärää kuvaavaan kohtaan (proteiiniksi lasketaan liha, kala, kana, kananmuna, tofu, maitotuotteet, maitopohjainen jälkiruoka).

SYÖTY MÄÄRÄ TARJOTUSTA	1/1	1/2	Alle 1/2	Alle ¼	ML/ ATERIA	Ruoka- juoma	Jano- juoma	TEHO- JUOMAT
AAMUPALA					AAMU- PALA			
Proteiinit					LOUNAS			
LOUNAS					VÄLI- PALA			
Proteiinit					PÄIVÄL- LINEN			
VÄLIPALA					ILTAPALA			
Proteiinit					Yht/Vrk			
PÄIVÄLLINEN								
Proteiinit								
ILTAPALA								
Proteiinit								

Vuorokautisen nestemäärän tulee olla vähintään 1500ml!
Ruokajuomaan sisältyy myös velli ja kiisseli.

Jos aterioilla jää toistuvasti syömättä yli puolet, ota käyttöön tehostettu ruokavalio ja ravitsemuksen tehostamisen ohje!

Arvioi seuraavia asioita yhdessä asukkaan kanssa, kirjaa huomiot asukkaan hoitosuunnitelmaan:

1. Nauttiko asukas ruuasta, mikä oli hyvää?
2. Onko ruuan rakenne sopiva?
3. Onko annoskoko sopiva?

Liite 3 Ravitsemuksen tehostamisen ohje

ATERIAN LISUKKEET

Ravitsemuksen tehostamisen menetelmä on otettu käyttöön, jotta proteiinin ja energian päivittäinen tarve saadaan täytetyksi.

Valitse vapaasti näistä vaihtoehtoista mieleisesi rikastuttamaan päivittäisiä aterioitasi!



Juusto annos



Maito tai piimä 2dl



**Kanamuna tai
munarouhe**



Raejuusto annos ½dl



Leikkele siivut



**Voi tai margariini
nokare**

VÄLIPALAVAIHTOEHDOT

Ravitsemuksen tehostamisen menetelmä on otettu käyttöön, jotta proteiinin ja energian päivittäinen tarve saadaan täytetyksi.

Valitse vapaasti vaihtoehtoista mieleisesi rikastuttamaan päivittäisiä aterioitasi!



Jogurtti 2dl



Vanukas annos



Pähkinä annos tai pähkinärouhe



Jäätelöannos



Lisäravinne juoma 2dl



Vispipuuro annos 2dl



Nauti nesteitä n.7 lasillista
vuorokaudessa



Muista huolehtia
hammashygienistä

Liite 4 Tutkimuslupa



TUTKIMUSLUPA

1 (1)



TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN

Espoon kaupungin sosiaali- ja terveystoimen esikunta / Kehittämisen tulosalue Ketterä myöntää 25.4.2016 saapuneen tutkimuslupahakemuksen ja alla olevien ehtojen mukaisesti.

Hakija / yhteyshenkilö: Karita Valkonen, Saana Kajanto

Tutkimuksen aihe / nimi: Ikääntyneen ravitsemuksen ja sen seuraamisen tehostaminen ikääntyneiden hoiva-asumisen yksikössä

Edellytyksenä on, että tutkimuksen suorittaja tai suorittajat eivät käytä saamiaan tietoja asiakkaan tai potilaan tai hänen läheistensä vahingoksi eivätkä luovuta saamiaan henkilötietoja ulkopuolisille, vaan pitävät ne salassa.

Tutkimustulokset tulee esittää niin, ettei niistä voida tunnistaa yksittäistä henkilöä tai perhettä. Lisäksi on noudatettava henkilötietolaissa ja muualla lainsäädännössä olevia tutkimusrekistereitä koskevia säännöksiä.

Tutkimusluvan myöntäminen ei velvoita tutkimuksen kohteita osallistumaan tutkimukseen. Tutkijan on neuvoteltava aina erikseen tutkimuskohteena olevien organisaatioiden kanssa tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuksen teko ei saa häiritä tutkimuskohteen toimintaa.

Edellytämme, että tutkija / yhteyshenkilö lähettää sosiaali- ja terveystoimen kehittämissyksikön sähköpostiosoitteeseen **sotet_tutkimusluvut@espoo.fi** lopullisen tutkimusraportin.

Espoossa 28.4.2016

Pirjo Huttunen
kehityspäällikkö
kehittämisojohtaja Tuula Heinäsen estyneenä ollessa
Sosiaali- ja terveystoimi
Espoon kaupunki